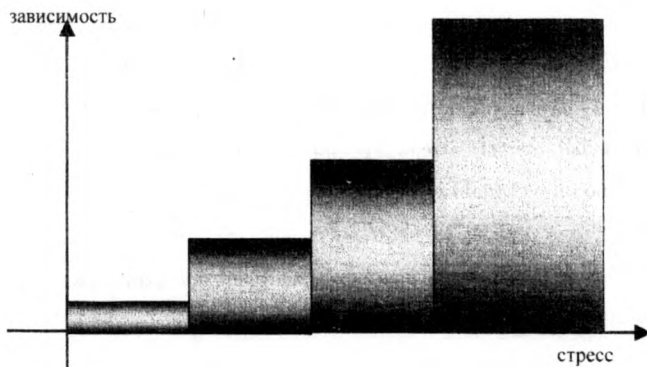


Российская академия наук  
Уральское отделение Институт экологии растений и животных  
Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное агентство по образованию  
ГОУ ВПО «Уральский государственный технический университет - УПИ»  
Кафедра социологии и социальных технологий управления

Г.В. Талалаева, Ю.Р. Вишневский, В.Т. Шапко

## **НАРКОМАНИЯ: АНОМАЛЬНАЯ ФОРМА АДАПТАЦИИ МОЛОДЕЖИ**



Екатеринбург, 2007

УДК 316.346.32 – 053.6: 663.99 (571.12)

© Талалаева Г.В., Вишневский Ю.Р., Шапко В.Т. Наркомания: аномальная форма адаптации молодежи /Под ред. д.м.н. Г.В. Талалаевой Екатеринбург, 2007. 250 с.

ISBN 5-8295-0019-1

**Рецензенты:**

*Г.И. Семикин*, доктор медицинских наук, профессор, лауреат премии Правительства РФ в области образования, директор Учебно-методического центра «Здоровьесберегающие технологии и профилактика наркомании в молодежной среде» Московского государственного технического университета им. Н.Э. Баумана.

*Ю.А. Ермаков*, доктор философских наук, профессор, руководитель кафедры политологии, социологии и массовых коммуникаций Института переподготовки и повышения квалификации при Уральском государственном университете им. А.М. Горького.

*В.В. Запарий*, доктор исторических наук, профессор, декан факультета гуманитарного образования ГОУ ВПО УГТУ-УПИ, национальный представитель России в международном комитете по сохранению индустриального наследия.

Книга предназначена для преподавателей, аспирантов и студентов гуманитарных факультетов университетов.

© Авторы, 2007



## ПРЕДИСЛОВИЕ

В книге на примере наркомании исследовано аномальное поведение молодежи в социуме; описаны современные технологии социальной профилактики данного явления. Анализ зависимого поведения осуществлен комплексно и представлен на основе данных медицинских, экономических, социологических и исторических фактов.

На примере уральских территорий описаны временные и географические закономерности развития наркомании в промышленных территориях. Показано, что темпы развития наркомании у жителей муниципальных образований зависят от социальных, экономических и экологических характеристик данных территорий. Доказано, что самым эффективным способом борьбы с наркоманией является формирование у молодежи стрессоустойчивости и высокого уровня оптимизма.

Часть материалов книги подготовлена при участии студентов и молодых сотрудников УГТУ-УПИ и УрГУ, для которых данное участие стало хорошей школой научно-исследовательской работы. Приятно отметить, что их курсовые и проектные работы были представлены на профильных конференциях и конкурсах, включая такие авторитетные, как Всероссийский конкурс научных студенческих работ (Москва, МГУ, 2005) и Вторая Всероссийская олимпиада научных и студенческих работ в сфере профилактики наркомании и наркопреступности (Москва, 2006), и были удостоены высоких наград.

Уральский опыт взаимодействия вузовской и академической науки, успешно продемонстрированный при работе над данной книгой, заслуживает внимания, положительной оценки, одобрения и дальнейшего развития.



Проректор по внеучебной работе  
со студентами ГОУ ВПО УГТУ-УПИ

*А.В. Пономарев*

## ВВЕДЕНИЕ

Проблема зависимого поведения является актуальной для всех социально-экономической формации. История зависимого от наркотиков поведения насчитывает века. На каждом из этапов своего развития человечество стремилось понять суть этой проблемы и взять под контроль зависимое от психотропных веществ поведение человека. Ведущей проблемой в этом поиске было изучение соотношения биологического и социального в становлении, развитии и динамики наркомании. К решению данной проблемы на различных исторических этапах привлекались психиатры, психологи, социологи, юристы, экономисты и специалисты в области военного дела. Наркотики давно и с успехом используются в медицине для купирования болевого синдрома, лечения желудочно-кишечных заболеваний, патологии легких и сердечно-сосудистой системы, нивелирования ряда психических расстройств и облегчения состояния безнадежных больных. Психоактивные вещества являются традиционным элементом некоторых культовых мероприятий, обрядов и инициаций для достижения их участниками состояния транса, диссоциативного или, как его иначе называют, измененного состояния сознания. Всем хорошо известны так называемые наркотические войны, цель которых заключалась в получении приоритетного права на производство, транспорт и сбыт наркотиков. История развития представлений человечества о наркомании детально освещена в соответствующей литературе. Для данного обзора важен тот факт, что исторически наркомания рассматривается исследователями как многогранный феномен (социальный, биологический и экономический), что акцент в понимании соотношения между биологической и социальной природой наркомании во многом определялся конкретными историческими условиями и социально-экономическими

условиями и социально-экономическими обстоятельствами, в рамках которых анализировался феномен наркомании.

Именно это разнообразие трактовок побудило нас к исследованию наркомании как сложно организованного социально-биологического явления, а, точнее, как сложной функциональной системы, поведение которой во времени модифицируется конкретными историческими и социально-экономическими условиями жизни общества. Поскольку оценка роли психотропных веществ и зависимого поведения на уровне общественного сознания, специальных медицинских концепций и бытового восприятия варьирует в разные исторические эпохи, то в нашем исследовании мы сосредоточились на исследовании наркотически зависимого поведения в условиях современного российского общества. Настоящий обзор посвящен описанию наркомании в современном российском обществе на примере территорий Уральского федерального округа.

Проведение исследований поддержано Российским гуманитарным научным фондом (грант № 06-06-83601а/У) и Программами Президиума РАН «Фундаментальные науки - медицине» 2004-2006 г.г. Главы 1-4 подготовлены к печати на основании работ, проведенных в ИЭРиЖ УрО РАН, (руководитель - ведущий научный сотрудник ИЭРиЖ УрО РАН, д.м.н., Г.В. Талалаева), глава 5 – в ГОУ ВПО УГТУ-УПИ (руководитель исследований – заведующий кафедрой социологии и социальных технологий управления, д.ф.н., проф. Ю.Р. Вишневский).

Книга предназначена для преподавателей, аспирантов и студентов гуманитарных факультетов университетов. Представляет особый интерес для студентов, обучающихся по специальностям 061000 «Государственное и муниципальное управление», 061100 «Менеджмент организации», 080505 «Управление персоналом», 040102 «Социальная антропология».

## ГЛАВА 1

### ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОМАНИИ

#### 1.1. Наркомания как предмет научного анализа

Исторический аспект интерпретации наркомании как объекта научного исследования широко представлен в специальной литературе. Наркомания как предмет научного анализа по-разному понимается социологией, юриспруденцией, медициной. Именно поэтому важно представлять, что одни и те же проявления зависимого поведения могут быть различно интерпретированы специалистами разных научных направлений, разных областей знания и разных сфер практической деятельности. Междисциплинарный подход к изучению наркомании в истории медицины и науки стал формироваться совсем недавно, хотя история зависимого поведения и употребления психотропных веществ человечеством характеризуется весьма длительным периодом времени.

Молли Чарльз, заместитель директора индийского Национального центр по исследованию проблемы употребления наркотиков, замечает, что проблема организованной преступности, связанной с наркобизнесом, требует анализа в контексте социально-политической обстановки. По мнению М. Чарльз, данная проблема должна стать предметом междисциплинарных исследований с участием специалистов по экономической истории, макроэкономике, политологов, социологов, антропологов, бухгалтеров и банкиров. М. Чарльз подчеркивает, что хотя призыв к участию обществоведов в решении этой проблемы прозвучал еще в 1988 г. на конференции ICDAIT, подобные исследовательские группы созданы лишь в очень немногих странах<sup>1</sup>.

В доступной литературе междисциплинарный подход к анализу проблемы зависимого поведения представлен лишь в небольшом

---

<sup>1</sup> Международный журнал социальных наук. 2002. № 37. С. 25.

количестве публикаций [1-8]. Каждое из указанных изданий имеет свою направленность и под своим углом зрения анализирует такое сложное социально-экономическое и медико-биологическое явление, как наркомания.

Формализация наркомании как предмета научного исследования можно осуществлять по двум направлениям, двигаясь в логических рассуждениях от общего к частному, и, наоборот, от частного к общему. Исследуем эвристические возможности обоих этих приемов познания.

При целенаправленном анализе можно заметить, что авторы всех упомянутых работ стремятся рассмотреть наркоманию с учетом трех ее основных проявлений: биологического, социального и экономического. Соотношение наркомании как объекта научного исследования и как предмета анализа отдельных гуманитарных наук приведено на рисунке 1.



Рис. 1. Наркомания как объект и предмет исследования.

Детализируя различия в предмете исследования зависимого поведения с позиций медицины и социологии, обратим внимание на тот факт, что в последние годы появилась новая отрасль знаний – социальная медицина, которая анализирует распространение в социуме социально значимых заболеваний и ищет оптимальные пути их коррекции и профилактики. Социальная медицина – это интегральная область знаний, где пересекаются, взаимно дополняются и пополняются представления о наркомании, сформировавшиеся в различных областях гуманитарного и естественнонаучного знания о человеке. Появление в науке такого интегрального знания является весьма перспективным эвристическим феноменом. Оно открывает новые возможности эффективного управления наркоманией в обществе. Следует отметить, что появление такой новой области знаний как социальная медицина еще раз подчеркивает необходимость анализировать феномен наркомании многопланово, используя не только медико-биологические (предметно более узкие) методологические подходы, но также применяя и более широкие, социологические и социально-экономические исследования. В таблице 2 приведена схема принципиальных различий в анализе наркомании с позиций клинических дисциплин и с позиций социальной медицины.

Таблица 1.  
Сравнительный анализ изучения наркомании с позиций  
клинической и социальной медицины.

№ п/п	Признаки	Отрасли медицины	
		Клиническая медицина	Социальная медицина
1	Объект воздействия	Больной наркоманией	Сообщество людей - жителей наркозависимой территории
2	Цель воздействия	Улучшить самочувствие отдельно взятого пациента	Снизить риск распространения наркомании среди жителей территории.
3	Методы воздействия	Лечение в психиатрической клинике, у невропатологов, медицинских психологов	Развитие систем безопасности, воздействие на окружающую среду, в

		и других специалистов узкого профиля	том числе на социально-экономическую среду со стороны властных структур и социальных институтов
4	Кто осуществляет воздействие	Врачи, медработники системы здравоохранения и реабилитационных учреждений	Работники академической науки, ведомственных НИИ, в том числе учреждения, находящиеся в системе МВД. Управления по контролю за незаконным оборотом наркотических средств и др.
5	Кто отвечает за результат воздействия	Лечащий врач, главный врач лечебного учреждения, руководитель территориального органа управления сетью лечебно-профилактических учреждений	Руководитель территориального органа самоуправления или назначенный им координатор целевой программы по борьбе с незаконным оборотом наркотиков и по обеспечению социальной стабильности и экономической безопасности территории
6	Критерий успешности принятых мер	Качество здоровья конкретного пациента	Сохранение качества рабочей силы у жителей региона, поддержание на должном уровне их конкурентоспособности на рынке труда
7	Трактовка термина «здоровье»	Сохранение исходных (первоначальных) качеств организма человека вне зависимости от условий жизни; а также восстановление (после болезни) индивидуального уровня работоспособности человека.	Изменение исходных (первоначальных) качеств организма человека в сторону их повышения и оптимальной приспособленности к быстро меняющимся условиям жизни

Пункт 7 таблицы 2 фиксирует тот факт, что с позиций социальной медицины здоровье людей в современном быстро меняющемся мире – это не столько стабильность показателей жизненных систем организма, сколько их способность пластично адаптироваться к реальным условиям жизни в социуме. Это обстоятельство побуждает нас внимательно проанализировать новый термин, появившийся недавно на стыке клинической и социальной медицины, а именно, термин «социально значимые заболевания».

В результате проведенного анализа авторы статьи пришли к заключению, что термин «социально значимая болезнь» имеет разные смысловые оттенки в зависимости от целей, задач и методологии медико-социологических исследований. Диапазон семантической интерпретации понятия СЗБ включает в себя следующие толкования. 1) СЗБ как недуг зависящий от условий жизни человека в обществе. 2) СЗБ как патологического состояния, предопределенное жизнью человека именно в данном социуме, в данное время и на данной территории. 3) СЗБ как индикатор неблагополучия данного общества. 4) СЗБ как маркер нестабильности социума.

Вне зависимости от разночтений в трактовках понятия СЗБ все их объединяет одно общее качество: все они так или иначе характеризуют коллективную жизнестойкость, стрессоустойчивость и адаптивную пластичность сообщества людей в конкретных условиях жизнедеятельности. Именно эта эвристическая характеристика понятия СЗБ, на наш взгляд, является объективной основой для координации усилий специалистов разного профиля (педагогов, социологов и медиков) для выработки новых эффективных технологий социального менеджмента – менеджмента, направленного на укрепление здоровья сберегающего и самосохранительного поведения молодежи в современном социуме.

Историко-географический анализ процедур мониторинга и картографирования СЗБ на протяжении 19-20 веков позволил установить



следующее. Картирование особенностей жизни и смерти сообществ людей, расцвета их культуры, телесного и душевного здоровья осуществляется достаточно давно и хорошо описано [9]. В англоязычной литературе хорошо известны атласы, изданные при поддержке Отдела медицинской географии Американского географического общества, Королевского географического общества Великобритании, Комиссии по медицинской географии при Международном географическом союзе. История российской медицинской географии богата научными достижениями. Начиная с XIX века, уральские ученые внесли достойный вклад в формирование наших представлений об особенностях расселения, образе жизни, хронологии и путях миграции населения Урала. В истории картографии социально значимых болезней можно выделить несколько этапов, отличающихся друг от друга объектом наблюдения, масштабом измерения наблюдаемых событий и технологиями картографирования полученных данных [10].

В XIX веке предмет картографии составляли болезни, обусловленные спецификой образа жизни этносов и географическими особенностями их проживания. Это были заболевания, связанные с дефицитом питания, с особенностями климата, с аномальным содержанием в почве и воде тех или иных жизненно важных химических элементов.

В XX веке к СЗБ относились и, соответственно, подлежали статистическому описанию и картографированию, в первую очередь, инфекционные и паразитарные заболевания, имеющие природно-очаговый характер распространения. Во второй половине XX столетия к ним присоединились заболевания, смертность от которых носила социально значимый характер (суициды, психические расстройства, сердечно-сосудистые кризы, инфаркты и инсульты) и в своей экспрессии зависела от гео- и гелиомагнитных флуктуаций.

В XXI веке наступил новый этап в понимании, трактовке и картографировании СЗБ. К этому типу болезней стали относить так называемые болезни адаптации, появления, распространенность и выраженность которых непрерывно возрастает по мере продвижения человечества в направлении постиндустриального информационного общества. В настоящее время активно исследуются этнические, культурологические и географические особенности распространения болезней адаптации. Термин «болезни адаптации» возник сравнительно недавно. Он стал результатом широкого общественного резонанса и признания тех работ, которые были проведены Г. Селье [11] по изучению адаптации живых организмов к условиям стресса. Осознание того, что урбанизация влечет за собой, как неизбежное следствие, болезни адаптации, пришло в середине XX века. За последние несколько десятилетий болезни адаптации распространились по всей планете со скоростью пандемии. К классическим формам болезней адаптации после серии работ Г. Селье в середине прошлого столетия стали относить сердечно-сосудистые катастрофы и язвенное поражение желудочно-кишечного тракта. В начале XXI века этот перечень пополнился. К болезням адаптации стали причислять посттравматические и социально-стрессовые расстройства, синдромом хронической усталости и синдромом дефицита внимания, разновидности наркомании и различных форм игровой зависимости, а также феноменом задержки полового созревания, отдаленные последствия влияния малых доз радиации и т.п.

Примечательно, что по мнению специалистов [12] предрасположенность молодежи к нарушениям процессов адаптации в существенной степени зависит от баланса двух составляющих: биологических и социальных факторов онтогенеза. При этом доля генетической детерминированности интеллекта составляет лишь 40-60%, академической успешности 50%, специфических когнитивных способностей 30-50%, креативности 25%. Данные факты свидетельствуют

о значительной роли средовых, в том числе медико-педагогических факторов в развитии когнитивных способностей и в формировании навыков социализации человека. Нам представляется важным подчеркнуть данное обстоятельство, поскольку оно объясняет объективную необходимость интеграции социальных, медицинских и педагогических усилий по формированию креативного и самосохранительного стиля поведения среди молодежи.

Продолжая логику рассуждений и передвигаясь в направлении от частного к общему, мы должны заметить следующее. Интеграция представлений о наркомании, представленная в выше перечисленных науках, в единое знание, подводит нас к определению наркомании как индикатора жизнеспособности сообществ людей в реальных условиях их существования. В этом смысле распространенность наркомании среди населения территории является биосоциальным маркером адаптированности сообщества к реальным условиям жизни на данной территории в режиме on-line. При этом сама факт развития наркомания у отдельного человека может рассматриваться как аномальная форма адаптации данного человека к конкретным условиям социума, а распространенность наркомании среди населения – как признак элиминации данного сообщества людей из современных популяций *Homo sapiens*. Интегральный подход к анализу наркомании соответствует методологии, методике и основным концепциям популяционной экологии и той ее части, которая носит название экологической эпидемиологии. Взаимосвязь между науками, которые определяют наркоманию как частный аспект жизни индивида, и между популяционной экологией, которая рассматривает наркоманию как интегральный показатель жизнестойкости социума, представлена на рис. 2.



Рис. 2. Взаимосвязь между частным и общим знанием о наркомании как аномальной форме адаптации человека в социуме.

Впервые подобный методологический подход к анализу наркомании был обоснован нами в 2004 г. совместно с коллегами из Института экономики УрО РАН на разработке технологии оценки экономической безопасности региона [13]. Тогда же нами был предложен термин, объединяющий в себе биологические, социальные и экономические аспекты наркомании, а именно, термин «наркоиммунитет территории» [14]. Описанный подход к анализу наркомании открывает большие перспективы для социально-экономических исследований и прогнозов. Он позволяет количественно оценить уровень дестабилизации экономики региона и степень утраты экономикой региона одного из своих главных ресурсов – ресурса рабочей силы. Анализ масштабов и хронологии распространения наркомании с позиций популяционной экологии позволяет непосредственно оценить снижение качество социализации людей на территории их проживания; характеризует процесс утраты населением своих креативных качеств, способности быть привлекательным на рынке труда, создавать прибавочную стоимость, обеспечивать рост накопления капитала в территории. По уровню наркозаболеваемости жителей территории можно судить об уменьшении экономической независимости территории и о степени вовлеченности региона в глобальную сеть теневой экономики, связанной с наркобизнесом. С экономической точки рост наркомании в территории

указывает на существование в ней достаточного количества стрессированных людей, не востребованных экономической структурой данного региона в качестве рабочей силы, и оказавшихся «лишними» для производительной сферы территории.

Интегральный подход к изучению социально значимых болезней типичен для отечественной медицины и довольно часто именно он отличает позицию отечественных представителей медицины от точки зрения на наркоманию зарубежных специалистов. Учитывая данное обстоятельство, мы сочли необходимым сделать краткий исторический экскурс в историю отечественной медицины.

## **1.2. Отечественная медицина и естествознание об алкоголизме, наркомании и борьбе с зависимым поведением**

Проблемы зависимого поведения достаточно широко освещены в отечественной литературе. Проблемами зависимого от алкоголя поведения занимались многие русские ученые [2]. Среди них можно назвать имена выдающихся физиологов, невропатологов, психиатров и гигиенистов. Вопросами зависимого поведения в разных его проявлениях занимались И.М. Сеченов, И.П. Павлов, В.М. Бехтерев, Н.Е. Введенский, А.Я. Кожевников, С.С. Корсаков, Л.О. Даркшевич, Ф.Ф.Эрисман. Большинство классических произведений этих авторов до настоящего времени представляет собой библиографическую редкость, поэтому мы сочли уместным привести в данной главе некоторые их воззрения. Примечательно, что российскими учеными зависимое поведение анализировалась не только с точки зрения клинической практики, но и с позиций социального значения данной патологии.

С.С. Корсаков, А.Я. Кожевников, Л.О. Даркшевич первыми в мире составили оригинальный реестр органических признаков поражения центральной и периферической нервной системы, которые возникают у

человека при длительном злоупотреблении спиртных напитков. Эти фенотипические описания в последующем получили название «корсаковского психоза» и «алкогольного полиневрита». Работы этих выдающихся клиницистов сегодня важны тем, что объясняют материальную основу отдаленных социальных последствий алкоголизма и других видов зависимого поведения: эффект от длительного приема психотропных средств на уровне регуляторных систем организма (центральной и периферической нервной системы) суммируется; на определенном этапе развития алкоголизма приводит к скачкообразному изменению функционального состояния организма и вместо временного отклонения от состояния нормы организм человека переходит в качественно новое состояние гомеостаза – в состояние органических и уже необратимых изменений со стороны нервной системы и внутренних органов. Такой качественный скачок в структурно-функциональной организации организма ведет к социальной деградации больного, к утрате им профессиональных навыков, к последующей инвалидизации. Человек из создателя материальных и духовных ценностей превращается в пассивного потребителя товарно-рыночных отношений. На рынке труда он теряет свое значение в качестве конкурентоспособного товара.

Социальные вопросы алкоголизма и необходимость организации специальных служб для оказания медико-социальной помощи лицам, страдающим данным видом зависимого поведения, нашли системное отражение в докладах и выступлениях В.М. Бехтерева. Некоторые из них полностью созвучны с современными концепциями реформирования психиатрии и наркологической службы, которые реализуются в настоящее время в России и за рубежом. Примечательно, что статья В.М. Бехтерева «Вопросы алкоголизма и меры борьбы с его развитием» представляет собой речь ученого на открытии Экспериментально-клинического института по изучению алкоголизма 19 (6) мая 1912 г. В свою очередь открытие Экспериментально-клинического института по изучению

алкоголизма было прямым воплощением предыдущих событий, а именно, постановления 2-го Съезда отечественных психиатров. Следовательно, научный подход к организации специализированной наркологической службы в России насчитывает почти 100-летнюю историю.

Владимир Михайлович Бехтерев (1857-1927) – выдающийся русский невролог, первооткрыватель ряда структур головного мозга, симптомов и синдромов в невропатологии и психиатрии, в том числе и такой нозологической формы, как болезненная одеревенелость позвоночника (болезнь Бехтерева). Примечательно, что сегодня проявления этой болезни наряду с другими признаками хронической боли в теле трактуются врачами и социологами как косвенный признак маскированной депрессии и предрасположенности больного к нерегламентированному приему психотропных средств. О том, как сегодня, с позиций доказательной медицины в медико-биологических исследованиях используется этот маркер предрасположенности человека к наркотизации будет описано ниже.

В своих выступлениях В.М. Бехтерев особо подчеркивал биосоциальную природу зависимого поведения, призывал рассматривать алкоголизм не как порочность воли пьющего, которая требует наказания, а как «продукт общего понижения функций организма» и как болезнь, нуждающуюся в лечении. Видный невропатолог подчеркивал преимущества психологических и биохимических методов лечения больных алкоголизмом перед физическими способами и публично доказывал недейственность запретительных мер при неподготовленности общественного сознания к восприятию здорового образа жизни. Взаимосвязь биологического и социального в развитии алкоголизма В.М. Бехтерев описал следующими яркими фразами<sup>2</sup>. «Ясно, почему алкоголь, этот коварный искушитель и своеобразный обманщик влечет человека,

---

<sup>2</sup> Классики русской медицины о действии алкоголя и алкоголизме: Избранные труды / Сост. В.С. Воробьев. М.: Медицина, 1988. С.76.

особенно находящегося в неблагоприятных жизненных условиях, а также и неуравновешенных лиц к постоянному его употреблению, постепенно переходящему границы умеренности, чем и обуславливается особенно вредное его влияние на организм, порождая развитие так называемого алкоголизма со всеми его биологическими и общественно-экономическими последствиями. Вместе с этим очевидно, почему алкоголь не так легко может быть вычеркнут из обихода жизни современного человечества, столь сложной и кипучей, где наркотический деятель не может не играть иногда даже решающей роли».

Интересным для сегодняшнего дня и ранжирование ученым алкоголиков по признаку стратегии их биосоциального поведения. В.М. Бехтеревым приводятся следующие цифры: на 100 самоубийц приходится 50 алкоголиков, на 100 убийц – 50, на 100 воров – 70. Из приведенных данных видно, что зависимое от алкоголя поведение в первую очередь нарушает отношение человека к собственности, и лишь во вторую – к ценности человеческой жизни, то есть социальный шлейф зависимого от психотропных средств поведения в первую очередь имеет экономические последствия и лишь во вторую – медицинские.

В.М. Бехтеревым осуществлено своеобразное биосоциальное ранжирование россиян начала XX века по такому признаку, как «связь алкоголя с тяжестью профессий». Приняв частоту алкоголизма для углекопов и грузчиков за 100%, ученый выразил предрасположенность к алкоголизму у представителей других профессий следующим образом: «землекопы 97, 87%; кучера и трубочисты 90,9%; булочники и повара 90%; пильщики и плотники 85,7%; каменщики 83,22%; мясники 80%; слесаря 77,7%; механики 71,33%; прислуга и печатники 66,66%; красильщики 64,11%; торговые служащие 53,73%; сапожники 55,55%; портные 44,44%; почтово-телеграфные служащие 42,85%». Почти столетие спустя после опубликования приведенное ранжирование социальных слоев России по их предрасположенности к зависимому от



алкоголя поведению привлекает наше внимание, так как из него следует, что еще век назад к технологиям связи были максимально приближены те лица, чье пристрастие к психотропному веществу было минимальным.

Заметное место в работах В.М. Бехтерева занимали исследования по искусственному изменению порога чувствительности живых организмов к действию алкоголя. В лабораторных условиях совместно с докторами Мануйловым и Зборомирским ученым была показана возможность того, что при определенных условиях даже малые дозы алкоголя, обычно не вызывающие болезнетворных нарушений, могут приводить к тяжелым поражениям и даже смерти экспериментальных животных. Ускоренное формирование тяжелых признаков алкоголизма провоцировалось искусственным изменением иммунного статуса животных, а точнее, предварительным, до начала алкоголизации, впрыскивая животным сыворотки больных алкоголизмом. При внешней простоте проведенных экспериментов данные В.М. Бехтерева до сих пор сохраняют в себе обширнейший материал для обдумывания и последующих наблюдений. Такое значения работ ученого сегодня объясняется тем, в эпоху геномной инженерии, создания генетически модифицированных продуктов питания, массовой иммунизации населения и активного использования в повседневной жизни пищевых добавок и различного рода лечебных средств с иммуномодулирующим действием, мы можем ожидать появления двух тенденций в наркологии: 1) появление молниеносных форм развития зависимого поведения, 2) увеличение неоднородности людей по признаку их устойчивости к действию алкоголя и других психотропных веществ. Современные статистические данные о «омоложении» алкоголизма и формирования его новых форм, в частности пивного алкоголизма молодежи, позволяют говорить, что ожидание подобных тенденций не беспочвенно.

Научные труды И.М. Сеченова, И.П. Павлова и Н.Е. Введенского сегодня интересны тем, что в них в виде экспериментальных

исследований и наблюдений заложены основы современной популяционной экологической медицины и обозначены искусственные приемы, с помощью которых можно модифицировать чувствительность живых организмов к действию психотропных средств.

Николай Евгеньевич Введенский (1852-1922) – выдающийся русский физиолог, создатель учения о лабильности (функциональной подвижности) и парабииозе в нервной системе, следующим образом расценивал роль алкоголя как модификатора функциональной активности регуляторных систем человека<sup>3</sup>.

«1. Действие алкоголя ... на организм в общем сходно с действием наркотических веществ и типичных ядов, как хлороформ, эфир, опий, т.п.

2. Как и эти последние, алкоголь в слабых дозах и вначале действует как бы возбуждающим образом, а позднее и в более сильных дозах – парализующе как на отдельные живые клетки, так и на весь организм.

3. Указать количество алкоголя, при котором он мог бы действовать только в первом смысле, совершенно невозможно, так как действие его сильно видоизменяется от одного лица к другому, и даже на одно и то же лицо алкоголь действует при различных условиях далеко неодинаково, например, будет ли он введен натощак или после принятия пищи, в состоянии утомления или в очень возбужденном состоянии и т.д. Притом разные органы далеко не в равной степени и не одновременно подвергаются влиянию алкоголя.

4. Следует еще строго различать по действию на организм редкое, случайное употребление алкоголя («выпивка при случае») и привычное, повседневное принятие его в виде водки или других спиртных напитков».

Приведенное краткое и емкое описание действия алкоголя как одного из представителей наркотических препаратов очень важно для современной наркологии. Это связано с тем, что в середине XX века наркология не только выделилась в самостоятельную научную

---

<sup>3</sup> Классики русской медицины о действии алкоголя и алкоголизме, 1988. С.139.

специальность, отпочковавшись от психиатрии; с появлением новых видов наркотиков и психотропных средств она стала бурно развиваться, разветвляясь на отдельные подразделы и автономные составляющие и утрачивая при этом интегральный подход к описанию и познанию самой сути зависимого поведения, а именно – к исследованию измененной инвариантности функционального состояния больного, страдающего наркоманией.

Мы полагаем, что недооценка именно этого аспекта в действии наркотиков не позволяет современным специалистам в области социального мониторинга создать единую градацию наркотиков, основанную на их биосоциальных последствиях и разработать такой инструмент для оценки уровня наркотической зависимости популяции, как героиновый эквивалент. Федор Федорович (Гульдрейх Фридрих) Эрисман (1842-1915) посвятил свои исследования в области зависимого поведения вопросам детского алкоголизма. Ряд его умозаключений актуален и сегодня. На наш взгляд, особую значимость на настоящем этапе развития науки в целом и наркологии, в частности, имеют высказывания ученого о том, что тяга к алкоголю является не только наследуемым признаком, который передается от поколения к поколению; представляет собой не только результат научения среды и может быть сформирован у наследственно благополучного ребенка негативным социальным опытом. Нам представляется важным подчеркнуть, что Федор Федорович Эрисман указывал на такое явление, как нарастание психоневрологической дефицитарности и усиление степени предрасположенности к алкоголизму в череде поколений, при условии, что наблюдаемые дети рождены от родителей, уже страдающих алкоголизмом. Ученый писал: «Но вместе со страстью к вину пьяницы-родители передают своему потомству, и притом в увеличенном виде, и те болезненные состояния – преимущественно в сфере нервной системы, - которые ими были приобретены как последствия на почве пьянства. У

алкоголиков, даже если они происходят от здоровых родителей, нервная система – не исключая центральных органов ее, сильно расшатывается, а потому их дети являются на свет с готовым предрасположением к различным, по форме и интенсивности, нервным и психическим расстройствам...»<sup>4</sup>.

Для современных исследований в области природы наркотизма приведенная фраза является основополагающей. Она подчеркивает взаимосвязь врожденной и приобретенной готовности человека быть или не быть персоной с зависимым поведением.

### **1.3. Наркотические войны как проявление социальной сущности наркомании**

С давних времен в масштабах планеты существует строго определенное географическое разделение стран, специализирующихся на производстве растительного сырья для получения психоактивных средств. Например, страны, примыкающие к Андам, специализируются на производстве коки, а государства, входящие в «золотой треугольник» и «золотой полумесяц» - на производстве опийного мака. В этих территориях наркобизнес является структурообразующим для экономики страны; наркопродукты в масштабах национального хозяйства играют значительную роль; законная экономическая деятельность и наркоторговля переплетаются самым тесным образом, а люди, замешанные в незаконной торговле, занимают господствующее положение в экономической и даже политической жизни данной местности. Именно так, например, складывается ситуация в различных штатах Амазонского региона Бразилии [15].

Данные археологии указывают на то, что человечество с древнейших времен знакомо с психоактивными веществами,

---

<sup>4</sup> Классики русской медицины о действии алкоголя и алкоголизме, 1988. С.282.

изменяющими состояние сознания, вызывающими состояние измененного сознания, оказывающими опьяняющее и одурманивающее действие. Подобного рода вещества растительного происхождения применялись при проведении религиозных, культовых обрядах, в традиционной медицинской практике при необходимости вызвать соответствующее психологическое и физическое состояние перед длительными походами на охоту или военные действия. Культурологические, этноботанические и этногеографические описания подобных явлений приводятся в специальных научных исследованиях [16-22]. Иными словами, психоактивные вещества сопровождают всю историю человечества. Однако до недавнего времени их применение было ограниченным. На протяжении многих столетий психоактивные вещества были предметом элитарного пользования ограниченного круга лиц. Тайны применения психоактивных веществ были доверены эксклюзивным личностям (культовым служителям, религиозным деятелям и т.п.), которым было позволено обществом контролировать и управлять сознанием отдельных членов социума или групп людей, входящих в этот социум лиц. Неудивительно, что охота за этими удивительными веществами велась с давних времен; а после вхождения человечества в эпоху индустриального общества, приобрела характер открытых военных действий, известных в истории под названием «наркотические войны».

Война шла не только за рынки сбыта готовой продукции, но также и за географические места, удобные для произрастания растений, вытяжки из которых обладали психотропной активностью. Более того, сами наркотики в определенные моменты истории становились активным инструментом геополитики, средством экспансии и колонизации народов. Вот как эта ситуация изложена в книге уральских авторов [23]. В 19 веке «стимулирующие свойства коки и кокаина привели к появлению на международном рынке кокаиновых сигарет, помады, капель для носа. Особую популярность приобрели алкогольные напитки, смешанные к

кокой и кокаином... Кардинал Лавигери написал нечто вроде извращенного комплимента «...Ваша американская кока дала моим европейским священникам силу цивилизовать Азию и Африку».<sup>5</sup> Роль наркотиков и психоактивных веществ в завоевании географических пространств и народов стала столь ощутимой, что в конце 19 – начале 20 в.в. сформировалось новое направление в фармакологии, занятое изучением особенностей формирования зависимого поведения у представителей разных рас и национальностей. Это направление в науке получило название этнофармакология (от греч. *éthnos* – племя, народ и греч. *phármakon* – лекарство; фармакология – наука, изучающая действие лекарственных веществ на организм человека и животных). Одним из основателей этого направления в науке стал Льюис Левин, чья книга, посвященная данному вопросу, была названа «Фантастика: наркотические и стимулирующие лекарства». В 20 веке «военное призвание» психотропных средств оформилось предельно отчетливо. Свидетельство этому – история с наркотиком ЛСД. ЛСД относится к психотропным веществам ряда галлюциногенов, то есть способен изменять восприятие, настроение и характер мышления человека. «...В свое время ЛСД был принят в США на вооружение в качестве боевого отравляющего вещества, рассчитанного на поражение живой силы противника».<sup>6</sup>

Однако, в 19-20 в.в., несмотря на применение наркотиков как средства решения геополитических проблем и покорения народов, все же психоактивные вещества оставались недоступными для рядовых членов промышленно развитых стран. Пики распространения наркотиков в экономически развитых странах Европы и Америки имели четко выраженную хронологию и были приурочены к моментам мировых войн, глобальным социальным конфликтам и кардинальным технологическим переворотам. Мировая практика показывает, что в масштабах планеты

---

<sup>5</sup> Сенцов В.Г., с соавт., 2004. С. 6.

<sup>6</sup> Сенцов В.Г., с соавт., 2004. С. 25.

эпидемии наркомании не были случайными. Они закономерно следовали за войнами, социальными катаклизмами и кардинальными техническими изменениями. В XX веке было зафиксировано 3 волны наркомании. Они следовали за 1-й, 2-й Мировыми войнами и переходом от индустриального общества к постиндустриальному (информационному) соответственно. Характерно, что каждая из них отражала свой уровень развития медицинских технологий. До конца Первой мировой войны в мире самыми действенными болеутоляющими средствами считались морфин и его производные, поэтому морфинизм представлял собой типичную неалкогольную наркоманию. Следующий пик наркомании хронологически совпал с окончанием Второй мировой войны, когда в мире резко возросло число злоупотребляющих героином, преимущественно среди молодежи и солдатских масс. Третья волна наркотической эпидемии носила характер кокаиновой наркомании, который в то время позиционировался как наркотик для богатых людей, представителей светского общества и был популярен в богемных кругах.

Временной лаг между эпидемиями наркоманий в XX веке равнялся приблизительно 30-35 годам (рис. 3).

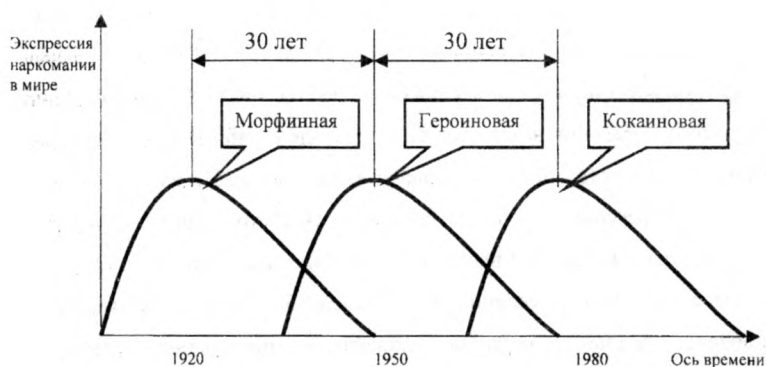


Рис.3. Хронология глобальных эпидемий наркомании в XX веке.

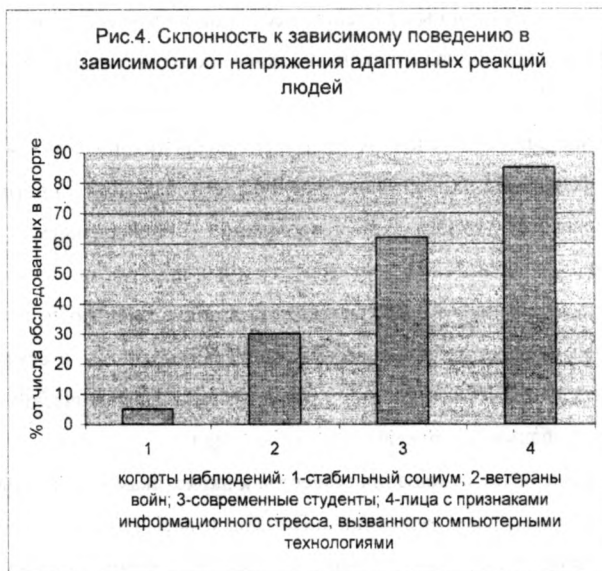
Выявленный временной интервал от одного всплеска мировой эпидемии наркомании до другого соответствует среднесрочным циклам экономического развития, хорошо известным специалистам в области экономики как феномен волн Кондратьева.

На рубеже 20-21 в.в. создалась уникальная ситуация, которой не было прежде в истории человечества. Рост городов, урбанизация, агрессивные СМИ и легальные компьютерные технологии, определяющие уровень технического развития территорий, помимо позитивной экономической роли стали играть негативную социальную роль. Они стали индукторами развития массовых стрессовых расстройств среди населения данных стран и территорий и, тем самым, запустили новый виток развития нелегального бизнеса в этих территориях, а именно вызвали рост наркоторговли и наркопотребления, создали предпосылки для торможения интеллектуального развития данных территорий, для их социально-экономической деградации.

В эпоху становления постиндустриального общества, социальная роль психоактивных веществ существенно изменилась. Из средства геополитической экспансии они превратились в инструмент аномальной (болезненной) формы адаптации стрессированных людей. Наши предыдущие исследования и анализ литературных данных позволил сформулировать следующий тезис. Психологическая предрасположенность членов социума к суггестии и к формированию зависимого поведения возрастает при переходе от общества устойчивого развития к обществу, в котором значительная его часть имеет признаки социально-стрессовых и/или посттравматических стрессовых расстройств. Так для стран Западной Европы распространенность наркомании среди рискоопасных групп населения не превышает 5-7%. Среди контингентов ветеранов локальных войн психологическая предрасположенность к злоупотреблению психотропным веществами составляет 25-30% [24]. В среде современных студентов университетов Урала знакомство с



субкультурой употребления наркотиков подтверждают 50-62% опрошенных [25]. Подверженность агрессивным компьютерным технологиям, способным модифицировать сферу влечений человека, демонстрируют до 85% от числа тестируемых лиц [26]. Ступенчатую динамику нарастания склонности к зависимому поведению в ряду перечисленных групп людей иллюстрирует рисунок 4.



Шквал информации, характерный для жизни информационного общества, привел к тому, что большинство современных людей относится к группе риска по признаку перенапряжения систем адаптации организма. Многочасовая работа в системе Интернет; длительное напряжение зрительных и слуховых анализаторов, связанное с мультимедийными технологиями; широкое распространение компьютерных программ (игровых и деловых), меняющих характеристики сознания человека, усугубляет информационный стресс. В указанных обстоятельствах часть людей демонстрируют признаки скрытой (маскированной) депрессии и

прибегает к использованию психотропных средств как к способу компенсации нарушенных адаптивных функций организма и как инструменту продления физической и умственной работоспособности. Помимо лекарств, адекватно назначенных и прописанных врачом, описанная ситуация создает предпосылки для нерегламентированного применения психотропных веществ большим контингентом людей. Среди этого потока психотропных веществ, несанкционированного медициной, определенная доля принадлежит нелегальным психоактивным веществам, то есть наркотикам.

Как мы видим, в условиях постиндустриального информационного общества возникают объективные предпосылки для неуклонного роста потребительского спроса на продукцию наркобизнеса и на неограниченное расширение рынка сбыта данной продукции.

Примечательно, что в условиях постиндустриального общества наркобизнес проявил себя как весьма живучая, способная к социально-экономическим трансформациям, сложная система. Наркотические войны сменились глобальной наркотической экспансией.

На новом витке отношения общества к наркотикам обнаруживаются и новые роли, которые наркотики начинают играть в жизни социума и даже в эволюции мировой цивилизации [27]. Известно, что наркотики являются одним из факторов, ускоряющим распространение ВИЧ-инфекции среди населения развитых в экономическом отношении промышленных стран мира. Кроме того, среда наркоманов является своеобразным резервуаром и инкубатором для возникновения модифицированных форм вируса иммунодефицита человека, устойчивых к лечебному действию современных антивирусных препаратов. По мнению авторитетной международной организации - Международной организации труда (МОТ), профессионально изучающей динамику ВИЧ/СПИД инфекции в различных странах мира, именно ВИЧ инфекция станет главным геополитическим инструментом борьбы за лидерство в 21

веке. В соответствии с оценками экспертов МОТ, именно масштабы и география распространения ВИЧ инфекции и наркомании, как фактора, способствующего распространению ВИЧ инфекции в социуме, станет в ближайшее время доминирующим фактором риска, снижающем гудвилл, привлекательность и конкурентоспособность экономики той или иной страны в международном разведении рынка труда. По мнению экспертов МОТ, этот новый вид селекции стран на конкурентоспособные и зависимые от ВИЧ инфекции и наркомании страны (неконкурентоспособные в условиях информационного рыночного общества) будет определять картину геополитической карты мира 21 века. Примечательно, что специалисты прогнозируют молниеносное по историческим меркам изменение географии ВИЧ/СПИДа на планете. До недавнего времени основным эпидемиологическим очагом данной инфекции были экономически не развитые страны Африки. С момента включения в механизм развития эпидемий ВИЧ инфекции наркотического фактора, ситуация меняется коренным образом. Слабым звеном на пути распространения ВИЧ/СПИД инфекции, основной точкой приложения ВИЧ инфекции, своего рода странами риска (странами-накопителями, странами-переносчиками и странами-распространителями ВИЧ/СПИДа) становятся страны с развитой экономикой и относительно высоким уровнем жизни. Эти прогнозы были озвучены представителями МОТ в мае 2006 года на прошедшей в Москве международной конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии.

От себя добавим, что в описанной ситуации наибольший риск несанкционированного распространения наркотиков и связанного с ним высокого уровня ВИЧ инфицирования принадлежит странам с переходными и со смешанными типами экономики, в которых причудливое переплетение рыночных и социальных механизмов управления обществом создает максимальные возможности для массового возникновения аномий и внутриличностных конфликтов у их жителей. В

21 веке психоактивные вещества стали приобретать новое значение, не характерное для них в предыдущие периоды исторического развития человечества. Во-первых, они стали средством элиминации из общества когорты людей, испытывающих затруднения при адаптации к информационному стрессу. Во-вторых, они стали средством психической и психологической интенсификации труда творческих работников. Как известно, в 20 веке внедрение конвейеров на предприятиях Форда открыло новую эру в организации наемного труда, позволило максимально использовать физический и физиологический потенциал работников, привело в последующем к созданию новой отрасли знаний, находящихся на стыке техники, биологии и экономики. Эта отрасль знаний сформировалась в семидесятых годах 20 века и получила название эргономики.<sup>7</sup> Уже сейчас очевидно, что технология приема стимуляторов для искусственного удлинения периода продуктивной работы приобретает все большее распространение среди лиц, занимающихся творческой деятельностью, длительно занятых работой за компьютером, а также лиц, работающих вахтовым методом и вовлеченных в выполнение специального рода дежурств.

Не исключено, что в 21 веке, в веке виртуальных технологий, прием стимуляторов и психоактивных средств, изменяющих сознание человека, станет таким же инструментом интенсивной эксплуатации работников умственного труда, как в 20 веке конвейеры стали инструментом интенсивной эксплуатации работников физического труда. Возможно, что вскоре сформируется новое направление эргономики, занимающееся исследованием и оптимизацией взаимосвязей в системе «человек – машина – фармакология – искусственный интеллект – гуманоиды». Подходы к моделированию подобных систем уже исследуются современной наукой. Оптимистичный вариант развития событий

<sup>7</sup> Эргономика (от греч. *érgos* – работа и *nómos* – закон), изучает человека (или группу людей) и его (их) деятельность в условиях современного производства с целью оптимизации орудий, условий и процесса труда. Основной объект исследования эргономики – системы «человек – машины». Советский энциклопедический словарь. М, 1979. С. 1568.

подобного рода описан в литературе [28, 29]. Он изложен в книге В.П. Самохвалова «Психический мир будущего» (1998), а также в книге Р.А. Уилсона «Квантовая психология» (1999).

Завершая данный параграф, отметим, что даже краткий исторический обзор событий, связанный с применением психоактивных средств человечеством, убеждает нас в социальной значимости и динамичности такого явления как наркомания. На уровне социума наркомания изменяется как хамелеон, непрерывно меняя свои проявления в зависимости от образа жизни человеческих сообществ, их целей и уровня их экономического развития. Иными словами, с позиций социолога, наркомания – это не статическое явление, а сложная, динамически развивающаяся самоорганизующаяся система, открыто откликающаяся на все существенные изменения, происходящие в структуре общества, в котором она зафиксирована.

Можно заключить, что наркомания – это не артефакт и не побочная (теневая) черта жизни общества. Человечество во все эпохи своего исторического развития стремилось использовать наркотические вещества для решения своих задач и для достижения тех или иных социальных, политических и экономических целей. В социуме, и, особенно, в современном обществе высоких технологий, наркомании приобрели еще одну важную социальную роль. Являясь маркерами распространения в социуме зависимого поведения, наркомании стали еще и показателями неустойчивости социума к информационному стрессу. В настоящее время уровень распространенности наркомании среди жителей тех или иных регионов – это объективный индикатор социальной незрелости данных территорий, их неготовности к вступлению в эпоху постиндустриального информационного общества. Высокий уровень наркомании среди населения – это низкий уровень нематериальных экономических активов территории, это низкое качество человеческих ресурсов, это невысокие значения гудвилла экономики региона. Именно поэтому мы полагаем, что

в современной ситуации нужно не только бороться с наркоманией, но также, что более важно с перспективной точки зрения, научиться изучать и анализировать ее различные проявления и механизмы становления в обществе. Сегодня важно уметь находить эффективные пути социального менеджмента территорий с тем, чтобы повысить стрессоустойчивость, жизнестойкость и конкурентоспособность их жителей в условиях современного постиндустриального общества.

#### **1.4. Наркобизнес как самоорганизующаяся система**

Публикации последних лет показывают, что организации, связанные с наркобизнесом, функционируют в режиме сложных самоорганизующихся систем. Они меняют свое поведение в соответствии с меняющимися условиями рынка и политической ситуации. Вот как описывается динамика стратегического менеджмента и изменение форм конкуренции в наркобизнесе специалистами, опубликовавшими свои работы в тематическом номере «Международного журнала социальных наук» [30-39].

В настоящее время наркобизнес, так же как и легальная экономика отдельных государств, имеет тенденцию к глобализации, сглаживанию национальных черт и интеграции к мировую экономику. Нельзя сказать, что конкуренция за рынки сбыта наркотиков в 20 веке уменьшилась в своем накале; вместе с тем, формы конкуренции по сравнению с прежними веками стали меняться. Национальные представители наркобизнеса все чаще прибегают к относительно «мирным» способам рыночной экспансии, избегая открытого военного противостояния. Например, в Индии, Китае, Бразилии и ряде других стран многие криминальные группировки, связанные с наркобизнесом, и их боссы достаточно хорошо известны: пустив глубокие корни в местную экономику, в порой заручившись поддержкой со стороны политиков, они

сумели выстроить и международные контакты, распространяющиеся не только на организации в странах-производителях (особенно в Афганистане и Пакистане), но и на другие регионы мира.<sup>8</sup>

Примечательна с этой точки зрения история становления национальной экономики Индии, которая два столетия назад началась с контрабанды опиума в Китай и сегодня достигла уровня транснационального явления. Вот как в 2002 году эта история была описана в Международном журнале социальных наук [15]. Портовый город Бомбей (Мумбай) вырос на контрабанде опиума в Китай начиная с 1790-х г.г. Сегодня это финансовая столица и нервный центр организованных преступных группировок (ОПГ) Индии. Структура ОПГ претерпевала эволюцию: их форма менялась в соответствии с велениями времени в разные периоды страны после обретения независимости. Деятельность ОПГ основана на принципе доходности. Они меняют торговую специализацию в зависимости от возможностей, предоставляемых государственной политикой. Геополитические изменения в соседних странах создают благоприятную атмосферу для торговли наркотиками. Мощь ОПГ позволила им проникнуть во властные структуры и, вовлекая в круг своей деятельности «белых воротничков», расширить базу своих доходов далеко за пределы «уличных поборов». В связи с глобализацией масштаб их операций вырос, а возможности отмыwania денег улучшились. Некоторые представители ОПГ превратились в «международных бизнесменов новой эпохи». Их структуры сейчас действуют как на национальном, так и на международном уровне, поскольку усилия со стороны государства по контролю над деятельностью ОПГ увенчались ограниченными результатами.

Описанный опыт слияния наркобизнеса с легальной экономикой трансформации в единое неразрывное целое характерен не только для

---

<sup>8</sup> Международный журнал социальных наук. 2002. № 37. С. 11.

Индии. Подобный сценарий развития экономики типичен для многих развивающихся стран мира, в которых есть условия для производства психоактивных веществ. Например<sup>9</sup>, на границах Бразилии, Китая, Мексики, а также на юге Африки, наркоторговля обычно связана с контрабандой золота, редких минералов, драгоценных камней, оружия или обычных товаров, в том числе машин, грузовиков и самолетов. Кроме того, во всех звеньях крупных «цепочек» наркобизнеса обнаруживаются – наряду с подпольными структурами и подставными компаниями – подлинные и вполне законно учрежденные предприятия, обеспечивающие прикрытие, да и само материально-техническое обеспечение, транспортировки и распространения наркопродукции. В ряде административных территорий границы между законным и незаконным промыслом размыты до предела, так что подобные различия буквально утратили смысл, одни и те же группы могут выступать как в роли основных участников законного бизнеса, так и крупных наркоторговцев.

Примечателен и еще один исторический факт, показывающий, что процессы самоорганизации структур, функционально связанных с наркобизнесом и формированием зависимого поведения в социуме, не ограничиваются масштабами административных и государственных территорий, но носят интегральный, глобальный характер. Этот пример касается усилий США по регулированию рынка сбыта наркотиков на своей территории, а точнее – попыток регулировать объем предложения наркотиков на теневом рынке страны. Он описан в книге [23] ссылкой на официальные документы ООН<sup>10</sup>. В 80-е г.г. 20 столетия США предприняли активные меры по борьбе с производством наркотиков за пределами страны. Для этого они предложили экономическую помощь странам, в которых наркобизнес был системообразующим (основным) в структуре экономики и которые были основными поставщиками

<sup>9</sup> Международный журнал социальных наук. 2002. № 37. С. 11.

<sup>10</sup> Международные действия по борьбе со злоупотреблением наркотиками и их незаконным оборотом: Резолюция ООН. А/49/168 от 24.02.95.С.1.



наркотиков в США. Подобные манипуляции по внешне индуцированной реструктуризации экономик стран-производителей наркотиков были проделаны США в достаточно широком географическом диапазоне стран. Экономическая помощь со стороны США взамен на уменьшить объемы производства наркотиков была предложена властям Колумбии, Боливии, Перу, Афганистана и странам Юго-Восточной Азии. Результат этих усилий отклонился от ожидаемого сценария. Первоначально, действительно, в обмен на экономическую помощь со стороны США власти Колумбии смогли значительно уменьшить объемы производства кокаина. Однако, в последующем вместо обеспечения подконтрольности теневого рынка США властям США, возникла парадоксальная ситуация с прямо противоположным эффектом: в настоящее время рынок сбыта наркотиков в США в основном контролируется мексиканскими и колумбийскими преступными группировками. Иными словами, прямолинейное внешнее вмешательство легальных властей в сложную функциональную систему – в теневую международную систему наркобизнеса – не уменьшило, а, наоборот, расширило сферу влияния последней. Доказательство неэффективности прямых запретительных или заместительных мер по уменьшению объемов предложения наркотиков на рынках мира демонстрирует и история с другими странами, в которых США пытались применить меры экономической экспансии. Как было сказано выше, аналогичные усилия были приложены Соединенными Штатами в Юго-Восточной Азии и в Афганистане, однако, там успехи США были значительно более скромными, чем на примере экономики Колумбии. Более того, «США до сих пор выплачивают компенсации крестьянам Боливии, Перу, Колумбии, чтобы они не выращивали коку. Когда же Штаты на время прекратили эти выплаты и начали финансировать уничтожение опасных плантаций, перуанцы подняли восстание»<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> В.Г. Сенцов с соавт., 2004. С. 32.

Следует отметить, что процесс самоорганизации наркобизнеса прослеживается не только в глобальном масштабе. Инвариантность сценариев развития наркомании обнаруживается и при меньших по своим масштабам географических и административных территориях. Этот факт доказан в ряде публикаций, описывающих разнообразие сценариев наркоагрессии на территории Российской Федерации.

В последние годы закономерности становления наркобизнеса в промышленно развитых территориях стали предметом пристального внимания и тщательного исследования уральских специалистов. Выполнение данных исследований находилось под патронажем Правительства Свердловской области, было осуществлено в режиме взаимодействия вузовской и академической науки, поддержано Программой Президиума РАН «Фундаментальные науки – медицине» при непосредственном творческом участии специалистов двух академических Институтов - Института экономики УрО РАН (директор академик А.И. Татаркин) и Института экологии растений и животных УрО РАН (директор академик В.Н. Большаков).

В результате углубленных академических и прикладных исследований, выполненных уральскими специалистами, показано, что разнообразие сценариев наркоагрессии выявляется на нескольких направлениях анализа, например по интенсивным показателям наркоторговли [40], по числу лиц, вовлеченных в наркобизнес [41], по хронологии динамики наркозаболеваемости в территории [42-43].

Необходимо заметить, что феномен разнообразия наркомании и наркобизнеса обнаружен на различных по масштабам и по уровню административного деления территориях. Феномен разнообразия. А, следовательно, и разных алгоритмов самоорганизации наркобизнеса прослежен на уровне субъектов Российской Федерации; при сравнительном анализе наркоситуации в субъектах федерации, входящих в Уральский федеральный округ; а также на примере городов,

районов и муниципальных образований Свердловской области. Повсеместное проявление феномена разнородности наркомании в территориях наводит на мысль, что данная неоднородность – объективная закономерность, вызванная социально-экономической сущностью наркобизнеса, но не зависящая от географического масштаба анализируемых территорий и не связанная с их административной характеристикой.

Мы проверили сформулированную выше гипотезу, сопоставив темпы роста наркомании в отдельных регионах Свердловской области с показателями их экономического развития и социального положения. Проведено ранжирование 31 города Свердловской области по интегральному показателю наркотизации их жителей. Графически результаты анализа представлены в двумерной системе координат, отражающей показатель общей заболеваемости наркоманией и первичной. Оба показателя выражены в относительных единицах, то есть нормированы на 1000 жителей населения каждого из проанализированных городов. Такой методический подход позволил сравнивать разные по численности населения города в едином унифицированном формате.

Было обнаружено, что муниципальные образования Свердловской области различаются между собой уровнем предрасположенности их жителей к наркомании. На территории области существуют как минимум три разных сценария развития наркомании. Эти сценарии различаются между собой по трем принципиальным характеристикам: 1) как быстро был вовлечен город в наркоэпидемию на рубеже 1988-1992 г.г. 2) какими темпами происходило развитие наркомании в городе в период с 1993 по 1999 г.г., 3) какой тренд обнаруживается в динамике наркомании на рубеже 2000-2002 г.г. (снижение, стабилизация, дальнейший рост). Проанализированные города в выше названной системе координат сформировали на три изолированных таксона, отличающиеся друг от

друга внутри которых скоростными и скалярными величинами развития наркомании в территории.

Типичным представителем первого таксона является г. Екатеринбург, второго - г. Асбест; третьего – г. Ивдель. В первый таксон помимо Екатеринбурга вошли также города Верхняя Тура, Нижний Тагил, Краснотурьинск и Серов. Второй таксон кроме Асбеста составили также города Каменск-Уральский, Волчанск, Карпинск, Кушва, Ирбит, Верхняя Пышма, Верхний Тагил, Нижняя Салда, Североуральск, Красноуральск, Первоуральск, Кировград, Полевской и Арамиль. Третий таксон вместе с Ивделем составили города Алапаевск, Березовский, Дегтярск и Качканар.

Завершая описание разнообразия сценариев развития наркомании на территории Свердловской области, оценим соотношение объективных и субъективных факторов в развитии данного явления. Как мы видим, при одном и том же формате административного управления, в одной и той же целостной административной системе одновременно существуют несколько подсистем с различным сценарием развития в них наркобизнеса. В данном случае в Свердловской области нами обнаружено как минимум три сценария развития наркомании среди населения, что косвенно указывает на наличие в теневом секторе экономики области как минимум трех сценариев реализации наркобизнеса. Анализ структуры выше перечисленных таксонов с позиций экономической географии позволил нам высказать мысль о том, что интеграция конкретного города (района, муниципального образования) в состав определенного таксона детерминируется объективными факторами.

Нами были уточнены обстоятельства, способствующие молниеносному сценарию развития наркомании в муниципальном образовании. К числу факторов, ускоряющих процесс наркотизации жителей муниципального образования, в первую очередь, относятся неблагоприятная экологическая обстановка и низкий уровень экономической безопасности территории. Оба эти фактора предъявляют

повышенные требования к компенсаторно-приспособительным реакциям людей и снижают их адаптационные резервы. Следовательно, феномен разнообразия наркомании внутри административных территорий – явление объективное, зависящее не столько от характера административного управления, сколько от реалий социально-экономической жизни территории. Это свидетельствует об объективной природе разнообразия наркомании в социуме и об относительно малой зависимости данного явления от субъективных факторов по сравнению с объективными.

Заключая данную главу заметим, что применение исторического анализа к исследованию феномена наркомании увеличило наши эвристические возможности и позволило получить качественно новое знание о сущности и природе зависимого поведения людей в социуме. Наш взгляд, приведенные выше примеры иллюстрируют:

- 1) объективность разнообразия проявлений наркомании в социуме;
- 2) сценарную привязанность наркобизнеса к социально-экономической деятельности регионов;
- 3) волнообразное течение наркоманий и наркобизнеса в истории человеческой цивилизации с наличием закономерных фазовых переходов от периодов бурного развития наркомании в социуме к периодам устойчивости социума к зависимому поведению и наоборот.

Разнообразие феномена зависимого поведения и форм его обеспечения в социуме при углубленном историческом анализе обнаруживается по нескольким направлениям: по пространственной, временной и сценарной составляющей компоненте наркотизации населения территорий. Такое разнообразие свидетельствует о способности наркобизнеса как сложной функциональной системы к самоорганизации, то есть о его способности модифицировать свои внутренние структурно-функциональные характеристики в ответ на изменение внешних условий

реализации наркобизнеса (исторических, географических и социально-экономических). Описанные факты и приведенные рассуждения убеждают нас, что наркобизнес не является замкнутой системой, изолированной от остальных составных частей жизни общества. Наоборот, наркобизнес тесно взаимосвязан с различными сторонами жизни социума: исторической, культурологической, экономической и даже военно-дипломатической. Как следует из приведенных примеров, наркобизнес и наркомания обнаруживают различные сценарии своего поведения в территории в зависимости от множества разнообразных качеств жизни социума на данной территории. Иными словами, **наркобизнес – это сложная самоорганизующаяся система**. Он обладает вариативностью своего поведения в зависимости от структурно-функциональных характеристик территории, на которой реализуется спрос на его продукцию. Поэтому наркобизнес подлежит изучению с позиций системного и структурно-функционального анализа. А прогнозы о развитии наркоситуации в регионе и о динамике наркобизнеса в территории следует производить с учетом волнообразной динамики экспрессии зависимого поведения в социуме. При попытках составить прогноз развития наркобизнеса в территориях нужно рассматривать его не как статическое явление, а как открытый динамический процесс, учитывая по возможности как прямые, так и обратные связи наркобизнеса и социума. Сегодня для успешного управления наркотически скомпрометированными территориями специалистам надо умело пользоваться знаниями о географических, исторических, экономических и социальных аспектах развития наркомании в социуме.

Кроме того, для успешной профилактики волн наркомании в социуме сегодня важно не только проводить мониторинг существующих моделей зависимого поведения людей, но также изучить механизмы смены одного типа зависимого поведения на другой. Этой части анализа посвящена следующая глава книги.

## ГЛАВА 2.

### СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОМАНИИ.

#### 2.1. Наркомания как предмет маркетинговых исследований

Анализируя механизмы распространения наркомании в обществе [44] специалисты отмечают<sup>12</sup>, что для возникновения эпидемий аномального поведения в социуме наиболее значимыми являются три группы факторов: социологические, биологические, психологические. Именно в такой последовательности, по мнению специалистов в области диагностики и лечения, следует ранжировать факторы риска наркомании в современной России. Детализируя социальные факторы, которые превращают наркоманию из единичных случаев заболевания в массовое явление, достигающее масштабов эпидемии, зарубежные и отечественные специалисты единодушно выделяют пять основных. Это уровень экономического развития общества, инфраструктуры, распространенность употребления наркотиков в обществе, мода, способ времяпрепровождения в компании с пробованием наркотиков.

Динамике распространения наркомании по странам и континентам посвящено много работ. «Международный журнал социальных наук» выпустил тематический номер, посвященный данной теме [4]. В указанном журнале ситуация с наркобизнесом проанализирована системно, с различных точек зрения: информационной, технологической, организационной, уголовно-процессуальной и географической. География наркобизнеса и связанного с ней зависимого поведения представлена панорамно: описана специфика наркобизнеса Бразилии, Китае, Южной Африке; детально проанализирована экономическая и финансовая сторона наркобизнеса; изложено отношение к этой проблеме таких авторитетных организаций, как ВТО, МВФ, Всемирный банк.

---

<sup>12</sup> Н.Н. Иванец, м.а. Винникова, 2000. С. 6.

Интересно мнение М. Ширэ, опубликованное в указанном номере журнала. Мишель Ширэ, как представляет его редакция журнала, – исследователь-экономист из французского Национального научно-исследовательского центра (CNRS), член научных организаций CIRED и CRBC при EHESS, входящих в состав парижского «Дома наук о человеке». К моменту выхода его статьи в свет в Международном журнале социальных наук, М. Ширэ работал в Рио-де-Жанейро и являлся одним из научных координаторов проекта ЮНЕСКО MOST по борьбе с наркотиками. Он руководил выпуском специального номера «Наркоторговля и формы экономической преступности» журнала «Mondes en development» (E-mail: schiray@msh-paris.fr). Мнение М. Ширэ – это мнение эксперта международного класса в области теневого оборота наркотиков. М. Ширэ полагает, что существуют серьезные проблемы относительно объективной информации, когда обсуждаются экономические аспекты наркомании. Он пишет: «Пресса и другие СМИ, включая кино и телевидение, уже давно уделяют большое внимание миру наркоторговли, однако, исследовательская и университетская наука оставила без внимания эту область, где трудно рассчитывать на институциональную поддержку и научное признание, а сам объект исследований представляется довольно мрачным, да и опасным».<sup>13</sup> Тем не менее, сам М. Ширэ посвятил немало времени изучению этого опасного и мрачного объекта, включая углубленные полевые исследования, проведенные им в ряде стран-участниц проекта MOST, и пришел к следующим выводам относительно доступности наркобизнеса для маркетинговых исследований в разных странах мира (табл.2). Заметим, что М. Ширэ, давая положительную оценку информационным базам США по вопросам наркоторговли, замечает, что «количественное изобилие не всегда приводит к четкости взгляда...и... у нас по-прежнему отсутствуют инструменты, комбинированные точки зрения и новые важные открытия,

<sup>13</sup> Международный журнал социальных наук. 2002. № 37. С. 7.



необходимые, чтобы добиться реального прогресса в ... глубоком анализе проблемы».<sup>14</sup>

Таблица 2.

Маркетинг наркобизнеса в странах современного мира

Страны	Место в наркобизнесе	Технологии маркетинговых исследований
Колумбия Боливия Перу	Основное производство коки и кокаина	Ситуация изучена тщательно, проанализирована глубоко. Наркоторговля буквально захлестнула страны, охватив все слои общества от крестьян-производителей до международных дилеров. Работа исследователей рынка наркотиков отличается высочайшим уровнем; некоторым из них она даже стоила жизни.
Таиланд Пакистан	Больше всего вовлечены в торговлю героином	Ряд лет проводятся соответствующие исследования, некоторые из которых можно назвать выдающимися по самым высоким международным стандартам.
Нигерия ЮАР Марокко	Главный центр поставок гашиша в Европу	Не смогли организовать сколько-нибудь значительной исследовательской работы по данной проблеме.
Италия		Аналитическая деятельность по данной теме довольно распространена, удалось наладить чрезвычайно эффективный исследовательский процесс.
Нидерланды	Главный перевалочный пункт всей незаконной торговли наркотиками в Европе	Страна имеет репутацию первопроходца в области исследований и социальных экспериментов, связанных с употреблением наркотиков. Однако, аналитическая маркетинговая работа ведется слабо.
Другие страны Европы		Исследовательская работа по проблеме наркоторговли практически не налажена.
США		Страна является и наиболее давним, и самым продуктивным источником работ по данному вопросу, включая экономическую

<sup>14</sup> Международный журнал социальных наук. 2002. № 37. С. 8.

		преступность и вопросы отмывания денег. В стране существуют учреждения высочайшего класса, занимающиеся сбором фактов и их анализом, располагающие исследовательскими возможностями и статистическим аппаратом, не имеющими равных во всем мире. Страна предпринимает усилия, чтобы добиться признания ее информационных систем и методики сбора данных другими странами. Имеют тенденцию к охвату всего мира, континент за континентом, включая и Европу.
--	--	--

Нам представляется, что искомый инструмент заключается в междисциплинарном подходе к исследованию наркомании и наркоторговли. Мы полагаем, что глубокий маркетинговый анализ данной проблемы будет успешным лишь при комплексном исследовании наркомании с исторических, социальных, экономических и медико-биологических аспектов позиций. Совокупность всех этих аспектов значимости наркомании для социума, по сути, отражает роль психоактивных веществ в таком многогранном феномене, как биосоциальная адаптация человека. Если сформулировать точнее, то наркомания является индикатором низкой эффективности действующих программ биосоциальной адаптации индивидов, маркером биосоциальной нестабильности социума и перехода его с созидательных (конструктивных) моделей адаптивного поведения на деструктивные и саморазрушительные. Не случайно наркомания, как и ряд других видов зависимостей, причисляются сегодня специалистами к разряду социально значимых болезней.

Как известно, термин «адаптация» означает приспособление. При этом в зависимости от целей и задач исследований, под термином адаптация специалисты разного профиля понимают либо сам процесс

приспособления , либо его результат. Существует и третья точка зрения, характерная для адаптологии как науки, при которой феномен адаптации анализируют комплексно, выделяя процесс приспособления человека (группы людей. системы) к реальным условиям существования, результат этого процесса, а также механизмы реализации данного процесса, средства и цену достижения желаемого результата. С методологической точки зрения допустимы все три типа интерпретации термина адаптация. Правомерность употребления каждой интерпретации зависит от логики исследования и от того, в каких моделях (статических или динамических) специалист анализирует наблюдаемый им объект.

Поскольку в предыдущей главе было доказано, что наркомания и наркобизнес – исторически обусловленные, динамически изменяющиеся социальные феномены, обладающие способностью к самоорганизации, то в наших дальнейших рассуждениях мы будем анализировать их в моделях динамических систем и станем рассматривать наркоманию как аномальный, неэффективный, деструктивный и саморазрушительный вариант приспособления людей в условиях их жизнедеятельности.

Чтобы избрать правильный вектор исследований, обратимся к теории зависимого поведения и уточним, какие концепции возникновения и бурного развития наркомании на сегодняшний день официально признаны наукой.

## **2.2. Современные теории наркомании**

Существует три типа методологических подходов к объяснению наркомании, замечает Erich Goode в своей книге «Наркотики в американском обществе» [45]: биологические теории, психологические и социологические. Эти теории различаются по той последовательности, в которой они ранжируют факторы, влияющие на предрасположенность человека к наркомании.

Биологические теории постулируют врожденную предрасположенность человека (групп людей) к употреблению психотропных веществ и к зависимости от них, включая алкоголь, шоколад, кофе, обезболивающие средства и наркотики. Для специалистов в области маркетинга данное обстоятельство имеет большое практическое значение, потому что наличие биологических предпосылок к формированию наркомании, а также единство механизмов формирования пристрастий к алкоголю, кофе, чаю, шоколаду и наркотикам переводит последние из разряда медицинской проблемы в разряд маркетинговой. Это интересная точка зрения, так как она позволяет применить к анализу наркомании модели потребительского поведения покупателей, широко применимые в различных видах маркетинговых исследований. Описанный методологический прием перспективен. Потребительское поведение людей является универсальным для легальной и теневой экономики, поэтому оно связывает воедино легальный и нелегальный сектора социально-экономической активности населения. Кроме того, потребительское поведение людей представляет собой системообразующее качество жизни людей в социуме, и поэтому может быть объективной основой для ранжирования территорий по признаку распространения в них моделей зависимого поведения среди населения.

Примечательно, что такой методологический прием открывает нам новые эвристические возможности: он дает возможность а) соотнести многогранный и трудно измеряемый рынок нелегальных наркотиков к какому-то одному легальному товару (например, к обороту кофе, чая, шоколада и т.д.); б) позволяет ранжировать территории по признаку наркотизации их населения по косвенным, но достоверным показателям – по оборотам продаж легальной продукции, официально регистрируемым соответствующими учреждениями статистики.

Для иллюстрации сказанного, приведем в качестве примера результаты американских исследователей. В популяции американцев по

данным 1985 г. ситуация с распространенностью зависимого поведения была следующей. Среди жителей США 12-ти лет и старше 37% имели опыт употребления нелегальных психоактивных средств; около 70 миллионов американцев употребляли нелегальных психоактивных средств; 37 миллионов употребляли психоактивные вещества в течение последнего года перед опросом, 23 миллиона – в течение последнего месяца; 51% опрошенных школьников употребляют марихуану. При этом соотношения между психоактивными веществами в структуре средств, дающих эффект зависимости и употребляемых американцами, были следующими: среди лиц, когда-либо употреблявших психоактивные средства, алкоголь, сигареты, марихуана, лекарственные средства и героин находились в пропорции 86:76:33:6:1. Лекарственные препараты, принимаемые не по медицинскому назначению и без рекомендации врача составляли такое соотношение: стимуляторы к транквилизаторам, к анальгетикам и к седативным средствам относятся как 9:8:7:6. Внутри группы наркотиков соотношение между марихуаной, кокаином, галлюциногенами и героином составляло 33:12:7:1.

Закономерно и обоснованно возникает вопрос: почему люди из века в век стремятся использовать психотропные вещества в своем быту? Какие социально значимые потребности наркотики и другие психоактивные вещества удовлетворяют у человека? Как организовать антирекламу, чтобы переключить интерес с наркотиков на другие потребности человека, также биологически обусловленные, но одобряемые обществом? Иными словами, знание того, что психотропные вещества удовлетворяют биологические и социальные потребности конкретных людей открывает новые пути для понимания наркомании и для ее эффективной профилактики. Эти новые пути кроются в моделях поведения потребителей и в тех их проявлениях, которые относятся к групповому поведению людей на рынке товаров и услуг. С этой точки зрения определенный интерес представляет таблица под названием «Типы

использования препаратов», представленная в книге [45]<sup>15</sup>. В названной таблице все психоактивные вещества, известные в настоящее время человечеству, подразделены на две группы в зависимости от того, каким поведенческим стереотипам соответствует применение данных средств. К первой группе автором отнесены вещества, использующиеся с так называемой «инструментальной целью», стимуляторы, повышающие уровень умственной, физической работоспособности, активирующие творческий процесс и нестандартное ассоциативное мышление. Во вторую группу включены препараты, принимаемые с рекреационной целью, то есть с целью инициировать чувство успокоения, релаксации, понижающие уровень физической и психической активности. Это деление психотропных веществ на стимуляторы и седативные препараты не ново для медицины и фармацевтики. Новаторским является параллель, которую E. Goode проводит между фармакологией, социальной психологией и юриспруденцией. Дело в том, что выделив названные две группы препаратов, автор в каждой из них выделяет две подгруппы, в одну из которых входят препараты, допущенные для легального бизнеса, во вторую – запрещенные для него. Автор замечает при этом, что внутри каждой группы и легальные и нелегальные психотропные вещества выполняют одинаковую социальную роль, а именно: стимуляторы активируют проявление человека в значимых для него социальных ролях, а седативные, наоборот, - демпфируют социальную активность. Следовательно, разница между психотропными веществами легального и нелегального ряда лежит не плоскости их фармацевтического действия и не в особенностях моделирования социального поведения людей, а чем-то другим. В чем же?

По нашему мнению, ответ на этот сложный вопрос прост. Различие между легальными и нелегальными психотропными веществами, удовлетворяющими одинаковые потребности людей, лежат в той цене,

---

<sup>15</sup> E. Goode, 1989. P.79.

которую общество и индивиды платят за их употребление. Значение и цена употребления легальных психотропных средств, принятых с лечебной целью по назначению врача – восстановление здоровья. Цена немедицинского использования криминальных психотропных средств – потеря здоровья. Для социума последствия приема его индивидами легальных (допущенных, разрешенных) и нелегальных (криминальных) психоактивных средств находятся в диаметрально противоположных плоскостях. Легальные, контролируемые и назначаемые по медицинским показаниям психотропные вещества повышают устойчивость социума к стрессам, увеличивают стабильность общества и создают условия для его успешного развития. Нелегальные, наоборот, приводят к деградации социума, снижают конкурентоспособность его членов на рынке труда, катастрофически понижают гудвилл территории как социально-экономического образования. Иными словами, наркотики воспринимаются здоровым обществом как табу не потому, что они удовлетворяют неодобряемые и/или противоестественные потребности человека, но потому, что наркотики – это тот способ удовлетворения естественных биологических потребностей людей, который слишком дорого обходится обществу и имеет непомерно высокую для него цену. Логика наших рассуждений представлена на рис. 5.

Принимая мысль о том, что наркомания – это естественная потребность человека социализироваться, выполненная неестественным (непомерно дорогим и деструктивным с точки зрения последствий) способом, мы открываем для себя новую возможность управления наркоманией в социуме. Суть этого нового подхода заключается в том, что для успешной профилактики наркомании среди молодежи надо научить молодежь адекватно «вписываться в социум», социализироваться рационально, соизмеряя свои устремления с той ценой, которую необходимо заплатить за ожидаемые достижения. Научить молодежь

адекватно социализироваться в быстро меняющемся социуме – это задача инновационных социальных технологий XXI века.



Рис. 5. Различие легальных и криминальных психотропных средств по их значимости для социума.

Детализируя сформулированный тезис, заметим, что признание биологических теорий наркомании весьма важно для специалистов в области экономики, управления персоналом и социального менеджмента. Знание биологических закономерностей развития наркомании является



основой для выработки решений в нескольких сферах маркетинговых исследований и социальной политики. Главные из них следующие:

- разработка эффективных мер по первичной профилактике наркомании среди молодежи;
- составление плана социально-экономических по противодействию незаконному обороту наркотиков в территориях;
- создание стратегических программ по борьбе с наркобизнесом как составной частью глобальной теневой экономики.

Чтобы успешно выполнить обозначенные задачи, необходимо знать основные положения биологической теории наркомании и изучить базовые модели сочетания биологических мотивов употребления наркотиков с психологическими, экономическими и социальными. Среди биологических теорий наркомании наиболее известны две: генетическая и метаболическая.

**Генетическая теория** фиксирует внимание на том, что зависимость человека от действия алкоголя и других психоактивных средств определяется комбинацией его генов. Генетическая неоднородность людей проявляется в том, что их склонность к приему психоактивных веществ и к формированию зависимого поведения не одинакова. Это проявляется и в разном уровне устойчивости к токсическим дозам психоактивных веществ; и в скорости наступления психологической зависимости от малых доз наркотиков; в способности переносить высокие дозы алкоголя; в неодинаковой способности метаболизировать психоактивные вещества, поступившие в организм, и т.д.

Наиболее подробно генетические аспекты зависимости социального поведения человека изучены на примере употребления алкоголя. Примечательно, что справедливость генетической теории алкоголизма доказана не только на примере клинических наблюдений за больными людьми, но, что самое важное, также и в эксперименте на примере подопытных животных. Последнее надежно подтверждает мысль о том,

что зависимое поведение – это общебиологическая закономерность, касающаяся разных видов живых организмов. Эти же эксперименты – весомый аргумент в пользу того, что наркомания – это болезнь, а не только дефицит воспитания.

Показано, что генетическими факторами определяются такие проявления алкогольной зависимости, как компульсивное (непреодолимое) влечение к алкоголю, предрасположенность к приему алкоголя и деструктивному поведению во время пьянства. Установлено, что низкую толерантность к алкоголю проявляют 40% детей, рожденных в семьях алкоголиков против 10% их сверстников, рожденных от родителей, не имеющих признаков алкоголизма. Обнаружено, что мальчики, не принимавшие алкоголя, но рожденные от отцов-алкоголиков, по данным электроэнцефалографии существенно отличаются от мальчиков, у которых отцы не страдают алкогольными пристрастиями.

Диапазон проявления генетической неоднородности людей по отношению к действию психоактивных веществ, сторонниками генетической теории оценивается по-разному. Одни считают, что генетическая неоднородность обнаруживается только при сравнении отдельных индивидов между собой. Другие полагают, что это различие обнаруживается и на более высоком уровне – на уровне групп и сообществ людей. Третьи уверены, что генетические различия в предрасположенности людей к наркомании прослеживаются на самом высоком уровне организации социальной жизни человека – на уровне социумов, этносов и рас.

Генетическими теориями признается, что врожденное влечение человека к психоактивным веществам можно модифицировать психологическими факторами и социальными условиями среды. Один из примеров такого влияния приведен в предыдущей главе на рисунке 4, где показано, что у взрослых лиц склонность к зависимому поведению увеличивается пропорционально выраженности стрессовых реакций и в

параллель с нарастанием уровня напряжения адаптивных реакций человека. Анализ данных статистики показывает, что похожая тенденция сегодня наблюдается и среди школьников.

Подробные сведения о характере адаптивных реакций современных детей и подростков, а также о распространенности у них дезадаптивных и аномальных форм поведения были представлены в Москве на Общей сессии Российских академий наук, имеющих государственный статус (6 октября 2006 г.). В докладе академика РАМН, главного специалиста-эксперта психиатра Минздравсоцразвития РФ Т.Б. Дмитриевой и главного детского специалиста-эксперта психиатра Минздравсоцразвития РФ Е.В. Макушкина были приведены данные о том, что в период с 1991 по 2005 г.г. психические расстройства среди подростков и детей распространялись более быстрыми темпами, чем среди взрослых. Так, по итогу 2005 г. заболеваемость психическими расстройствами в пересчете на 100 тысяч населения среди находилась на уровне 676,4; тогда как среди взрослых была в два раза ниже и равнялась 325,5. При этом, в структуре детской заболеваемости доминировали поведенческие синдромы (так называемые непсихотические расстройства) над органическими психическими заболеваниями, подлежащими лечению у врачей-психиатров. Согласно данным Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РФ в 2005 г у детей в возрасте до 14 лет было зарегистрировано около 3 тысяч случаев шизофрении, около 150 тысяч случаев органических психических заболеваний и около 330 тысяч случаев поведенческих расстройств. Поведенческие (дезадапционные) синдромы более чем в два раза превышают случаи органической психической патологии. Следовательно, среди детей и подростков признаки напряжения и перенапряжения адаптивных реакций являются весьма распространенным явлением.

Важным уточнением к этому факту была информация о состоянии здоровья школьников, представленная на Общей сессии академиком

РАМН Г.Г. Онищенко. В его выступлении было показано, что нарушение режима обучения школьников на 15 % сопровождается снижением подвижности нервных процессов на 15% и снижением уравновешенности нервных процессов - в 2-2,5 раза; повышением тревожности детей на 19% и увеличением числа дезадаптивных реакций сердечно-сосудистой системы в 1,2 раза. В докладе прозвучали также данные о том, что «количество детей, неготовых к систематическому обучению, увеличилось по сравнению с 70-80-ми годами XX раз».

В докладе академика РАН А.И. Григорьева и профессора В.А. Орлова была продемонстрирована структура адаптивных реакций школьников, полученная с помощью компьютерной программы «Навигатор здоровья», оценивающей почти тридцать показателей жизнедеятельности человека. Приведены данные, согласно которым высокий уровень работоспособности и физического здоровья имеют только четверть мальчиков и одна треть девочек; остальные три четверти мальчиков и две трети девочек испытывают серьезные нарушения их адаптивных возможностей.

Снижение работоспособности и понижение качества здоровья многих подростков побуждает искать пути адаптации к реальной действительности всеми доступными им средствами. Нередко способы и средства такой адаптации оказываются аномальными и девиантными. Данный факт подтверждают результаты исследований члена-корреспондента РАН Н.М. Римашевской, являющейся почетным директором Института Социально-экономических проблем народонаселения РАН, и также представленные на Общей сессии РАН. Названные исследования обнаружили тот факт, что о наркотическом действии конопли и героина осведомлена половина школьников России в возрасте 11 лет. Информированность детей о фармакологическом действии криминальных наркотиков с возрастом школьников растет молниеносно: к 12 годам уже три четверти школьников имеют знания о

существовании нелегальных наркотиков и об основных эффектах их психотропного действия.

Приведенные примеры доказывают, что современные условия жизни, связанные с широким распространением стрессогенных факторов и напряженным учебным процессом, модифицируют адаптивные реакции. По мере своего взросления и учебы в школе сегодняшние подростки все чаще демонстрируют признаки дезадаптации, пониженной социализации и, вследствие этого, становятся группой риска по развитию у них наркомании и других видов зависимого поведения. Этот прогностический сценарий может стать реальностью, если в ближайшие годы не будет сформирована адекватная система рекреации, оздоровления и оптимальной социализации подрастающего поколения. Чтобы усилия специалистов по формированию здоровьесберегающих образовательных технологий были максимально успешны, рассмотрим еще одну биологическую теорию наркомании – метаболическую.

**Метаболическая теория** разработана Vincent Dole и Marie Nyswander (1965, 1980). Она рассматривает пристрастие к героину как болезнь обменных процессов наподобие сахарного диабета. С позиций метаболической теории опиатные рецепторы больного наркоманией так же зависимы от поступления героина в организм, как рецепторы больного сахарным диабетом зависимы от поступления в организм инсулина. Метаболическую теорию подтверждают два важных клинических факта. Во-первых, в лечении героиновой наркомании у некоторых больных с успехом применяется метадон. Это биохимический аналог героина, который в организме человека вступает во взаимодействие с опиатными рецепторами и по отношению к наркотикам героинового ряда является конкурентом, вытесняя их из каскада биохимических реакций.

Во-вторых, у ряда людей гормональный дисбаланс, вызывающий нарушение метаболических процессов в организме человека, способствует более быстрому формированию героиновой зависимости. Последнее

обстоятельство объясняет эффект модификации зависимого поведения со стороны неспецифических адаптивных реакций и подтверждает нашу гипотезу, что наркомания – это вариант аномально протекающего процесса адаптации и социализации человека.

Взгляд на наркоманию как на приобретенную патологию биохимических реакций соответствует современным представлениям об антирецепторных механизмах развития иммунопатологических болезней [46]. Антирецепторный механизм развития болезни характерен для приобретенных форм сахарного диабета, для иммунных заболеваний щитовидной железы и гипофиза. Иными словами, антирецепторный механизм снижения качества жизни – общебиологическая закономерность развития современных болезней адаптации. Место данных заболеваний среди других видов иммунной патологии иллюстрирует таблица 3.

На психологических теориях наркомании мы подробно останавливаться не будем, так как это требуют специального и анализа и обсуждения. Отметим лишь некоторые личностные проблемы, которые свойственны молодым людям, и которые могут вести к формированию у них неразрешимых жизненных конфликтов (аномий), создавая тем самым предпосылки для тяги к психотропным веществам. По мнению главного внештатного специалиста по наркологии МЗ Свердловской области Ю.Н. Ружникова,<sup>16</sup> (проанализировано 4082 анкет) основные мотивы начала употребления наркотиков среди уральцев следующие: «для получения удовольствия»; в качестве «защиты от тоски»; «для приспособления к окружающим». Как видим, в побудительных причинах обращения уральцев к криминальным наркотикам доминируют не только индивидуальные гедонистические мотивы, но, что, может быть более важно, стремление к социальной адаптации и чувство индивидуальной неудовлетворенности межличностными контактами у опрошенных.

---

<sup>16</sup> Ружников Ю.Н., доклад на курсах первичной профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде УрФО, Екатеринбург, УГТУ-УПИ, октябрь, 2006 г.

Таблица 3.

Антирецепторные заболевания в структуре аллергических реакций и иммунопатологии

Типы аллергических реакций	Механизмы аллергических реакций	Природа антител	Примеры заболеваний
I тип	Анафилактический	Ig E, Ig G – тучные клетки, базофилы	Бронхиальная астма, конъюнктивиты, анафилактический шок
II тип	Цитотоксический (цитолитический)	Ig G, Ig M	Гемотранфузионные реакции, аллергический агранулоцитоз, поствакцинальный энцефаломиелит, язвенный колит миокардиты, аутоиммунный тиреоидит
III тип	Иммунокомплексный	Ig G, Ig M	Аллергические васкулиты, профессиональные альвеолиты («леткое фермера», «легкое голубевода» и пр.), ревматоидный артрит, СКВ, рассеянный склероз, бактериальные, вирусные и протозойные инфекции
IV тип	Клеточно-опосредованный	Сенсибилизированные T-лимфоциты	Гранулемы при проказе, сифилизе, туберкулезе, реакции отторжения трансплантата.
V тип	антирецепторный	Ig G к адренорецепторам, ацетилхолиновым, инсулиновым, TTP-рецепторам, (стимулируют или блокируют эффекты)	Атопический дерматит, иммунный тип сахарного диабета, иммунные заболевания щитовидной железы, гипопаратиреоз и др.

Составлено на основании материалов, изложенных в книге «Аллергия и иммунопатология (иммунные механизмы формирования, принципы терапии) // Под ред. проф. Г.В. Порадина, М., ВУНМИЗ МЗ РФ, 1999. 282 с

Результаты социологических опросов [47], подтверждают мысль о том, что достаточно часто причиной, побуждающей молодых людей употреблять психотропные вещества, являются обстоятельства социального плана. Это дисгармоничный стиль коммуникации со сверстниками, неэффективность социальной адаптации, личностные конфликты, вызванные неудовлетворенностью межличностным общением. Например, 36% респондентов, принявших участие в программе опроса «Подросток-1997», заявили, что основной причиной их первичной наркотизации стал «страх быть осмеянным за трусость»<sup>17</sup>. Таблица 4 конкретизируют социально-коммуникативные аспекты зависимого поведения.

Таблица 4.

Проблемы коммуникации как причина алкоголизации школьников<sup>18</sup>

(% от общего числа опрошенных по каждой группе)

Условия, причины, обстоятельства	Группы		
	В целом по массиву	В том числе:	
		юноши	девушки
при помощи алкоголя:			
Можно преодолеть чувство одиночества, неустроенности жизни	23	19	28
легче наладить контакт	16	19	13
Легче организовать досуг	8	10	5
Легче занять гостей	6	6	6

Неудовлетворенность форматом общения как основу для обращения к суррогатным формам коммуникации демонстрируют и результаты исследований, проведенных по программе «Надым-2000». Указанные исследования обнаружили также, что основным источником сведений о наркотиках для молодежи является взрослая среда, а именно средства

<sup>17</sup> Павлов Б.С., Талалаева Г.В., 2004, с. 13.

<sup>18</sup> Павлов Б.С., Талалаева Г.В., 2004, с. 37.



массовой коммуникации, в которых передача информации осуществляется заочно без наличия обратной связи со слушателем /зрителем (табл. 5)<sup>19</sup>.

Таблица 5.

Распределение ответов на вопрос:  
«Откуда Вы получаете информацию о наркотиках?»

Источники информации	Группы		
	учащиеся	Студенты	Работающая молодежь
Из теле- и радиопередач	82	74	78
Из газет и журналов	н.д.	65	63
Из видеофильмов	н.д.	42	41
На лекциях, беседах специалистов	28	30	21
От случайных знакомых	н.д.	19	7
На тусовках, дискотеках	н.д.	21	10

Касаясь социологических теорий зависимого поведения, заметим, что американские социологи рассматривают наркоманию с четырех основных позиций:

- как результат социального обучения;
- как признак дефицита социального контроля у человека и его отказа от выполнения социальных ролей и правил;
- как субкультуру некоторых слоев населения;
- как своеобразный вид социализации и межличностного общения.

Сведения, приведенные в книге [45], указывают на широкую распространенность зависимого поведения в популяции американцев. По мнению автора книги в 1985 году среди жителей США 12-ти лет и старше 37% имели опыт употребления нелегальных психоактивных средств. В абсолютных цифрах эта величина составила около 7-миллионов американцев. Среди них 37 миллионов употребляли психоактивные вещества в течение последнего года перед опросом, а 23 миллиона – в течение последнего месяца. Среди учащейся и студенческой молодежи

<sup>19</sup> Павлов Б.С., Талалаева Г.В., 2004, с. 41.

распространенность зависимого поведения также высока: 51% опрошенных употребляют марихуану.

Приведенные факты подчеркивают роль социального фактора в распространении наркомании, так как число американцев пользующихся нелегально психоактивными веществами (37% от популяции) в несколько раз превышает тот уровень (5-7%), который можно ожидать, базируясь на концепции психогенетики и биологической предрасположенности людей к зависимому поведению. Подобный вывод особенно актуален, когда анализ наркомании осуществляется с социально-экономических позиций и объектом наблюдения становится не отдельный индивид, а социум, сообщество людей, проживающих на территории, объединенной единой административной властью и единым экономическим укладом.

Говоря о социологических теориях наркомании, нельзя обойти молчанием такую серьезную и сложную тему, как наркомания и агрессия. Средствами массовой информации в подборках новостей подобная тема подается, как правило, в разделе криминальной хроники. При этом подчеркивается связь наркобизнеса с теневыми структурами и уголовными элементами, распространяющими наркотики в территориях. Однако, в специальной литературе, посвященной исследованию моделей социального поведения людей, тема взаимосвязи наркомании и агрессии звучит не столь однозначно. Зарубежные социологи, анализирующие поведение людей в условиях рыночной экономики, рассматривают наркоманию как средство, снижающее уровень активной агрессии в межличностных контактах [48]. В названной книге цитируются результаты двух лабораторных исследований, которые были выполнены специально с целью определения влияния марихуаны и алкоголя на агрессивное поведение людей. Это эксперименты Тэйлора с соавторами (1976, 1985): мужчинам вводили большие или малые дозы активных ингредиентов марихуаны или алкоголя, после чего сообщали, что испытуемые имеют возможность наказать другого испытуемого ударом

электрического тока. Исследования показали, что малые дозы вытяги марихуаны не меняли в целом картины поведения, тогда как большие дозы подавляли агрессию. Эффект алкоголя был противоположным по отношению к эффектам марихуаны: алкоголь усиливал агрессию, при этом большие дозы алкоголя вели к большей агрессии, чем малые.

Насколько важна демпфирующая роль марихуаны для уменьшения выраженности социальной агрессии в обществе риска и в обществе с рыночной экономикой можно представить на основании тех данных, которые приведены также в книге [48]. По данным Р. Бэрон и Д. Ричардсон (1997), около трети состоящих в браке американцев обоего пола подвергаются насилию со стороны супругов; ежегодно 4% пожилых американцев становятся жертвами насилия со стороны членов своих семей; 16% детей сообщают, что их избивают братья и сестры; ежегодно в США совершается свыше миллиона преступлений с применением насилия, среди которых более 20 тысячи убийств.

В доступной нам литературе мы не нашли аналогичных данных по Российской Федерации. Отметим лишь, что в после вступления России на путь рыночных преобразований количество убийств в стране имело тенденцию к увеличению [49]. Роль наркотиков и, в частности, марихуаны в уменьшении уровня агрессивности россиян в последние десятилетия еще предстоит оценить грамотно спланированными и корректно выполненными социологическими исследованиями.

### **2.3. Соотношение биологического и социального в структуре зависимого поведения человека.**

Взаимосвязь наследственности и среды в формировании биосоциального поведения давно интересует исследователей. Интересное резюме по этому вопросу приведены в учебнике по психогенетике, изданном под редакцией И.В. Равич-Щербо (1999) и рекомендованном

для студентов университета и пединститутов [12]. В упомянутом учебнике анализируются результаты социологического опроса, выполненного специалистами Лондонского университета в 1985 году, и подчеркивается, что характеризуя стиль поведения человека в обществе, люди склонны, как правило, влияние среды оценивать несколько выше, чем влияние наследственных факторов. Примечательно, чем более левых убеждений придерживается отвечающий, тем большую роль он придает наследственным факторам как причинам, предопределяющим биосоциальное поведение человека. Например, сторонники коммунистической партии, оценивают вклад наследственных и средовых факторов в проявление психических способностей человека как 48% к 52%, а вклад тех же факторов в наличие у личности психологических проблем как 58% к 42%. По мнению сторонников либеральной партии, эти соотношения выглядят несколько иначе: как 35% к 65% для психических способностей человека и как 48% к 52% для наличия у личности психологических проблем. Несмотря на определенные различия во мнениях респондентов, для темы нашего исследования важно следующее: люди разных убеждений единодушно считают сопоставимы по своей значимости роль врожденных и средовых факторов в реализации психологической несостоятельности человека в обществе. Во всяком случае, полагают их сопоставимыми друг с другом и оценивают величинами одной размерности. В заключении, суммируя результаты работ по генетике поведения, авторы учебника приводят следующие цифры. Генетическая детерминированность интеллекта составляет 40-60%, академической успешности 50%, специфических когнитивных способностей 30-50%, креативности 25%.

На наш взгляд, приведенные факты чрезвычайно интересны тем, что они наглядно показывают, какую огромную роль в позитивном поведении человека в обществе играет само общество. Социальный опыт и научение,

то есть средовые факторы, определяют половину интеллектуальной успешности человека и три четверти его созидательного поведения.

Аномальное деструктивное поведение, подобно созидательному и креативному поведению также является сплавом двух составляющих: врожденных качеств человека и средовых влияний. Эта дуальность природы человеческого поведения, выраженная в терминах психиатрии и наркологии, на наш взгляд, наиболее ярко, логично, и конкретно представлена в книге [50]. В данной книге аномальное деструктивное поведение трактуется следующим образом.

Расстройство в виде деструктивного поведения включено в новую международную классификацию болезней DSM-III-R и характеризуется поведением, включающим нарушение принятых в обществе норм; оно приносит больше вреда другим людям, чем самим лицам с такими нарушениями поведения. Выделяется три подкласса: расстройство поведения, расстройство в виде гиперактивности с дефицитом внимания и расстройство поведения в виде непокорности и непослушания. DSM-III-R выделяет три подтипа расстройств поведения: одиночный агрессивный тип, групповой тип и недифференцированный тип. Среди прочих критериев для диагностики расстройств поведения у подростков DSM-III-R предлагает следующие:

- 1) украл что-нибудь без ведома жертвы и борьбы более чем один раз (включая подделку документов);
- 2) часто лжет (кроме тех случаев, когда лгал для того, чтобы избежать физического или сексуального насилия);
- 3) применил оружие более одного раза;
- 4) часто является зачинщиком драк;
- 5) украл что-либо после борьбы (например, схватив жертву за горло, выхватил кошелек; а также вымогательством или путем вооруженного ограбления).

В названной книге приводятся следующие сведения об эпидемиологии расстройств поведения как состояния, predisposing в последствии к развитию зависимостей. Расстройство поведения является достаточно частым нарушением в детстве и подростковом возрасте. Определено, что оно встречается у 9% мальчиков и 2% девочек до 18 лет. У мальчиков оно встречается чаще, причем соотношение колеблется между 4:1 и 12:1. Расстройство чаще встречается у детей, чьи родители являются антисоциальными личностями и алкоголиками. Преобладание расстройств поведения и антисоциального поведения значимо коррелирует с социально-экономическими факторами.

Примечательно, что в зарубежной и в отечественной литературе среди специалистов существует единодушное мнение относительно этиологии антисоциального поведения. Общеизвестным является тот факт, что в основе антисоциального поведения лежит не один фактор, а, скорее, целый ряд биопсихосоциальных факторов. Особое внимание зарубежных исследователей проблемы сконцентрировано на выявлении, описании и ранжировании социальных факторов риска, индуцирующих развитие девиантного, а затем и аддиктивного (зависимого) поведения. Выделяют следующие обстоятельства социокультурной среды, которые можно отнести к факторам, способствующим распространению наркомании в социуме.

**Факторы, связанные с отношением родителей.** Уже давно было установлено, что некоторые неправильные установки родителей и плохое обращение с детьми могут оказывать влияние на развитие дезадаптивного поведения. Неупорядоченная жизнь дома связана с расстройством поведения и правонарушениями. Однако этиологически значимым фактором является не разрушение семьи само по себе; им является борьба родителей между собой.

Психические расстройства у родителей, особенно социопатия и алкоголизм, рассматриваются как важные причинные факторы. Последние работы позволяют предположить, что многие родители страдают более серьезными видами психопатологии, включая психозы, на что ранее не обращалось внимание, и их явное антисоциальное поведение и склонность к дурным поступкам часто маскируют лежащую в основе психопатологию. Согласно психодинамической гипотезе, дети неосознанно пытаются отреагировать на антисоциальные желания своих родителей.

### **Социокультурная теория деструктивного поведения.**

Современные теории предполагают, что дети. Находящиеся в тяжелых социальноэкономических условиях, которые не могут достигнуть определенного статуса и материального благополучия законным путем, вынуждены прибегать к социально неодобряемым способам, чтобы достигнуть этих целей и что такое поведение является нормальным и допустимым в условиях социальноэкономической депривации, поскольку дети придерживаются ценностей своей собственной субкультуры.

**Другие факторы.** Расстройство в виде гиперактивности с дефицитом внимания, дисфункция или органическое поражение мозга, отвергнутость родителями, раннее помещение в интернаты, неправильное воспитание с очень жесткой дисциплиной, частая смена воспитателей и незаконнорожденность являются факторами, предрасполагающими ребенка к развитию расстройств поведения. Раннее выявление чрезмерного темперамента также играет важную роль в развитии расстройств поведения. Лонгитудинальные исследования темперамента показывают, что многие отклонения в поведении вначале представляют собой прямую реакцию на недостаточное соответствие между, с одной стороны, темпераментом ребенка и его эмоциональными потребностями и, с другой стороны, отношением родителей и тем, как они заботятся о ребенке.

Известно, что немедицинский прием с психоактивных средств заметно изменяет алгоритм адаптивных реакций человека. Социальная значимость этого эффекта психотропных средств для популяции неоднозначна. С одной стороны, непосредственный эффект от приема психотропных веществ положителен для общества. Он заключается в уменьшении напряженности реакций общего адаптационного синдрома и в сглаживании остроты критических проявлений социально-стрессовых расстройств и болезней адаптации у членов данного общества. С другой стороны, систематический прием психотропных средств, как легальных, так и нелегальных, неизбежно, кардинально и необратимо трансформирует алгоритм адаптации человека к дополнительным внешним воздействиям. При этом, качество и скорость адаптивных реакций существенно снижаются. Следовательно, отсроченный эффект от немедицинского приема психотропных веществ может быть оценен как отрицательный. Важно, что темп перехода позитивных эффектов психотропных средств в негативные во многом определяется исходным состоянием человека, начавшего прием психоактивных средств. Исходное длительное напряжение адаптивных реакций человека, нахождение человека в состоянии повышенной тревожности, страха и неуверенности существенно сокращает время этого перехода и значительно отяжеляет его отрицательные последствия.

Данная закономерность проявляется как по отношению к приему наркотиков, так и по отношению к приему легальных психотропных средств, вызывающих зависимость, в частности, по отношению к алкоголю. На примере хронического алкоголизма зависимость социальных последствий от исходного состояния людей, употребляющих спиртные напитки, исследована особенно подробно. В том числе установлено, что чем больше отклонений от нормы в структуре психики человека изначально, тем в более сжатые сроки от начала систематического употребления алкоголя формируется переход от бытового пьянства к начальной стадии алкоголизма и тем более быстрее наступают явления социальной дезадаптации [13]. В цитируемой работе



авторы приводят перечень социально-личностных факторов, которые достоверно ( $p < 0,01$ ) ускоряют появление синдрома дезадаптации у людей, принимающих алкоголь для купирования признаков избыточного стресса. Это образовательный уровень, социально-профессиональный статус, семейное положение, непосредственные условия и причины систематического употребления алкоголя (влияние среды, психогении, особенности характера), темперамент, сниженные адаптационные способности, ранний возраст начала систематического употребления алкоголя, баланс таких личностных черт, как ригидность – лабильность, уравновешенность – неуравновешенность, экстравертированность – интравертированность.

Приведенный список факторов, предрасполагающих к формированию зависимости от алкоголя, еще раз показывает, что феномен зависимого поведения является не только биологическим явлением и не определяется исключительно факторами внешней среды. Зависимое поведение – это сплав биологических и приобретенных качеств человека; это поведение, возникшее в результате соединения врожденных задатков и приобретенного социального опыта. Именно в силу указанных обстоятельств наркоманию, как вариант зависимого поведения следует изучать в рамках междисциплинарных исследований.

Примером междисциплинарных исследований в этой области с оценкой «цены» адаптации социума к современной жизни в случае использования в качестве суррогатных адаптогенов наркотиков, являются следующие работы. Употребление запрещенных наркотиков, таких как кодеин, героин, марихуана, более распространено среди молодежи в возрасте от 18 до 25 лет, чем среди других возрастных групп. Так, по данным Г.И. Каплан и Б. Дж. Сэдок в 1988 году в США среди лиц, употребляющих марихуану или кокаин, лица старше 26 лет составляли 6%, тогда как лиц в возрасте от 18 до 25 лет было почти в 4 раза больше (22% наблюдений). Эти цифры по мнению авторов могут изменяться по

мере взросления и старения населения. Рост наркомании среди женщин происходит быстрее, чем среди мужчин, однако, при этом употребление наркотиков в течение всей жизни среди мужчин в 3 раза выше, чем среди женщин.

Если всерьез задуматься над представленными фактами, то возникают закономерные вопросы: «Какова цена такого перехода для социума?», «Зависит ли вектор эволюции социума от формата применения психотропных веществ в обществе?». И еще более важный вопрос: «Как меняется групповое поведение людей, если в социум извне привносится нетипичный для него формат применения наркотиков?»

Ответы на эти, казалось бы неразрешимые вопросы найдены. Факты, дающие ответ на поставленные вопросы, приведены в исследованиях R. Rearsall (1965). Автор показал, что бытовое проникновение опия в традиционную культуру Англии 19 века вызвало трагические последствия для ее жителей. «В Англии в 1860 г. опий убил в два раза больше англичан, чем прочие болезни, а к 1880 г. – 14 % населения». Иными словами, среди европейцев, даже живущих в условиях устоявшихся традиций и обычаев, какими славится Великобритания, находящаяся в определенной географической изоляции от остальной части европейского материка, фатально (смертельно) неустойчивыми расширенному применению психоактивных веществ являются более 10 % населения. Это достаточно высокая цена, чтобы умалчивать о социальной плате общества за изменение формата применения психоактивных веществ в повседневной жизни его членов.

Ответы на эти, казалось бы не решаемые вопросы найдены. Факты, дающие ответ на поставленные вопросы, приведены в исследованиях R. Rearsall (1965). Автором показано, что бытовое проникновение опия в традиционную культуру Англии 19 века вызвало трагические последствия для ее жителей. «В Англии в 1860 г. опий убил в два раза больше англичан, чем прочие болезни, а к 1880 г. – 14 % населения». Иными

словами, среди европейцев, даже живущих в условиях устоявшихся традиций и обычаев, какими славится Великобритания, находящаяся в определенной географической изоляции от остальной части европейского материка, фатально (смертельно) неустойчивыми расширенному применению психоактивных веществ являются более 10 % населения. Это достаточно высокая цена, чтобы умалчивать о социальной плате общества за изменение формата применения психоактивных веществ в повседневной жизни его членов.

Анализируя роль социальных факторов в развитии массовых проявлений наркоманий, надо указать еще на одно обстоятельство, а именно на то, с какой целью и в каких формах социум санкционирует легальное применение наркотиков среди своих членов, какой ценой общество платит за изменение традиционного для него формата применения наркотиков среди своих членов. Эта область анализа тесно переплетается с вопросами этнографии, новой отрасли знаний – этногеномики, а также с той частью маркетинга, которая исследует групповое поведение потребителей. В главе первой мы уже отметили, что развитие постиндустриального общества, стрессируя своих членов обилием информации, вызывает перенапряжение нервной системы и тем самым повышает потребность людей в применении психоактивных средств, создавая неуклонно растущий рынок сбыта для наркопродукции. В настоящей части нашего анализа заметим, что роль наркотиков не в индивидуальном, а в групповом поведении людей также подвергалась историческим трансформациям. Эти изменения подробно описаны в работах И.Н. Пятиницкой [17-18] и процитированы затем в публикации уральских наркологов [23]. Суть этих данных заключается в том, что исторически наркотики в жизни людей различных социально-экономических формаций исполняли три следующие друг за другом роли (рис. 6).

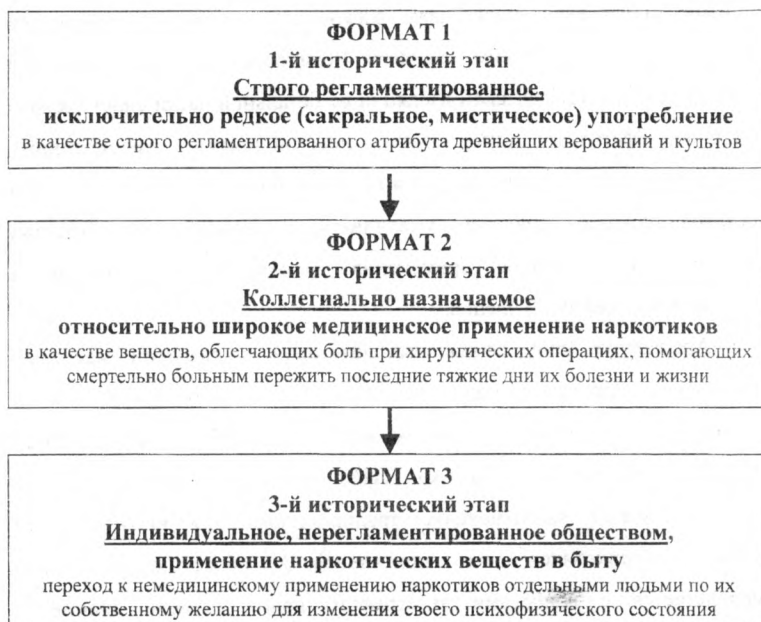


Рис. 6. Динамика исторической роли наркотиков в социуме.

Как следует из схемы, приведенной на рис. 6, переход общества от использования наркотиков в формате 1 к формату 3 означает перевод психотропных средств из сферы культовых и медицинских практик в сферу товарно-денежных отношений с формированием рынков сбыта в области теневой (нелегальной, несанкционированной обществом) экономики.

#### 2.4. Наркологическая служба как социальный институт

Наркологическая служба, ее структура и функции, всегда были слепком социально-экономического состояния общества, являлись зеркалом, в котором отражались не только медицинские, но также и

социально-экономические проблемы пациентов данного профиля. В последние десятилетия XX века европейская школа психиатров демонстрировала тенденции демократизации в отношениях между врачом и пациентом, обнаруживала стремление максимально социализировать лиц, страдающих психическими расстройствами и обнаруживающих аномальные формы поведения [51]. Во многих странах мира крупные психиатрические больницы все чаще заменяются психиатрическими отделениями при общесоматических больницах, а ответственность за содержание инвалидизированных психически больных передается от медицинской службы и специализированных психиатрических больниц к социальной службе и учреждениям типа домов инвалидов. Так, в Германии с 1975 года усиленно осуществлялся переход от централизованной клинической психиатрии к психиатрической помощи, приближенной к месту жительства больного. Специалисты справедливо полагали, что создание более мелких сфер приложения психиатрической помощи «обеспечили бы любые варианты встреч врача с пациентом» и «давали бы психически больному и врачу максимум свободы и одновременно уверенность и защищенность» [52].

В России схема развития наркологической службы в последние десятилетия обладала некоторой спецификой и существенно отличалась от общеевропейских тенденций. Эта особенность была не случайной, она была обусловлена изменением экономического уклада российской экономики и эпидемией пограничных психических расстройств, масштабным распространением социально-стрессовых расстройств среди населения страны, ростом наркомании и токсикомании среди молодежи.

В нашей стране за время, прошедшее с начала перестройки, были реализованы две взаимоисключающие тенденции в организации психиатрической помощи населению. В начале перестройки при переходе здравоохранения на рельсы рыночной экономики наметилась тенденция к дроблению психиатрии на отдельные составляющие и выделение как

самостоятельных структур независимых от психиатрии двух новых служб - наркологической и психотерапевтической. Затем в связи с экономической несостоятельностью вновь возникших малых лечебных учреждений и их невозможностью обеспечить себя дорогостоящим оборудованием стала реализовываться прямо противоположная тенденция - тенденция к слиянию малых учреждений в структуре многопрофильных наркологических больниц, называемых теперь объединениями. Такая ситуация типична и для Свердловской области. В г. Екатеринбурге в 1990 г. при участии Главного управления здравоохранения области были объединены три психиатрических лечебных учреждения: Областная психиатрическая больница на 920 коек, областная наркологическая больница на 180 коек и областная больница неврозов на 165 коек. К 1995 году этот триумвират был дополнен еще несколькими структурами, также вошедшими в состав Екатеринбургского областного лечебно-профилактического учебно-производственного объединения «Психиатрия». В состав Объединения вошел автономный Областной детско-подростковый центр психического здоровья, Областной центр острых отравлений, областная комиссия облпсих ВТЭК, Екатеринбургский центр позитивной психотерапии, работающий совместно с Германским центром позитивной психотерапии, Реабилитационный центр; Наркологический центр немедикаментозных методов лечения, работающий совместно с Объединенной методисткой церковью; ТОО «Топс», ставшее правопреемником бывших лечебно-производственных мастерских и занимающееся трудоустройством психически больных; ТОО «Медэкс», занимающееся хозяйственным обслуживанием и ремонтно-строительными работами в Объединении; ряд кафедр Уральской медицинской академии (кафедра психиатрии, курса психиатрии ФУВ, курса реаниматологии ФУВ). Объединение «Психиатрия» явилось учредителем Урало-Тюменской ассоциации психиатрических и наркологических учреждений; на ее территории был

открыт православный приход и устроена домовая церковь. В результате проведенной реорганизации психиатрическая служба Свердловской области стала оправдывать себя экономически [51].

От себя заметим, что сложившаяся структура психиатрической помощи населению как социальный институт оставался эффективным до конца 90-х гг., то есть до того момента, когда скорость социальных перемен в социуме достигла критического уровня и вызвала лавину социально-стрессовых расстройств, повлекших за собой повторные волны наркомании, алкоголизма и других деструктивных форм биосоциальной адаптации населения. На рубеже XX-XXI возникла объективная необходимость в трансформации службы социально-психиатрической помощи населению. Это было осознано и на федеральном и на региональном уровне. Эту необходимость еще раз отмечала главный специалист-эксперт психиатр Минздравсоцразвития РФ, академик РАМН Т.Б. Дмитриева на Общей сессии РАН (Москва, октябрь 2006 г.). По мнению Т.Б. Дмитриевой, сегодня прогрессивный опыт психиатрической помощи заключается в организации системы ранней психопрофилактической, консультативно-диагностической и коррекционной помощи населению, семьям и детям. При этом специальная психолого-психиатрическая помощь будет успешна лишь в том случае, если она будет сочетаться:

- с повышением психологической грамотности населения;
- с поэтапной и преемственной междисциплинарной работой сотрудников здравоохранения и образования;
- с четким межведомственным согласованием научно-исследовательской и практической деятельности в заданном направлении;
- с государственным подходом к организации профилактической работы среди населения.

Последнее обстоятельство обращает нас лицом к необходимости проанализировать социально-экономические аспекты наркомании.

## ГЛАВА 3. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОМАНИИ.

### 3.1. Технологический прогресс, экономические волны и динамика наркоманий в территориях

Каждый год в США выписывается около 1 млрд 400 млн рецептов более чем на 10 тыс. различных химических веществ. Около 20% из этого числа приходится на психоактивные средства – транквилизаторы, седативные средства, снотворные, стимуляторы и обезболивающие (анальгетики). Половина всех больных, страдающих хроническим болевым синдромом, употребляет от одного до пяти видов болеутоляющих средств, и у 25% из них развивается зависимость к какому-либо из этих средств. Как же экономические закономерности объективно способствуют становлению наркомании в обществе и развитию в нем наркобизнеса?

Многие наркотические вещества были известны еще задолго до нашей эры и для их распространения необходимы были тысячелетия, другие же появились совсем недавно и уже успели покорить весь мир. С чем же связан данный процесс распространения? Чтобы ответить на этот вопрос необходимо рассмотреть историю распространения различных наркотических веществ.

Несмотря на то, что применение наркотических веществ в различных социальных практиках человечества насчитывает достаточно длительный срок (археологи находили психоактивные растения в специальных тайниках и захоронениях людей начиная с X - VIII веков до н.э.), массовые эпидемии наркомании глобального масштаба возникли лишь в XX веке, то есть сравнительно недавно [20]. И хотя известно, что только на американском континенте коренным населением в традиционных культовых практиках было освоено от 80 до 100 различных



видов растений, обладающих психоактивными свойствами, причинами массовых наркотических эпидемий XX века стали лишь четыре химических вещества. Это печально заявившие о себе в истории человечества героин (США, начало XX века), кодеин (Канада, 1930-е г.г.), амфетамин (Япония, 1940-е г.г.) и барбитураты (страны Скандинавии, 1940-е г.г.).

По мнению Л.С. Фридмана с соавт. [20], объективным базисом для перехода наркотиков от индивидуального использования к широкому распространению в немедицинской практике стал технический прогресс в биофармакологии. Авторы выделяют три технологических достижения, инициировавшие выход психотропных веществ за пределы медицинского применения. Это химическое выделение морфина, изобретение шприца для инъекций и синтез диацетилморфина (героина).

На наш взгляд, объективными предпосылками для возникновения массовых проявлений наркоманий — эпидемий — в XX веке стали три социально-экономические причины.

Во-первых, это бурное развитие коммуникаций и компьютерных технологий, вызывающих перенапряжение приспособительных реакций организма человека, в первую очередь, его психической сферы и нервной системы.

Во-вторых, это массовые признаки переутомления большинства населения экономически развитых стран, которые из стремления остаться профессионально мобильными и дееспособными, стали все чаще обращаться к нерегламентированному применению психотропных средств..

В-третьих, это развитие фармацевтической промышленности и достижение фармацевтических технологий такого уровня развития, при котором производство и массовая торговля психоактивными веществами стала эффективным и прибыльным бизнесом.

Все три выше названные причины не существуют отдельно друг от друга. Они объединены общим экономическим базисом – отражают процесс технологического развития общества и иллюстрируют социально нежелательные последствия последнего.

Развитие информационных технологий и повсеместный процесс урбанизации вызвал массовые нарушения психических расстройств и перенапряжения нервной системы жителей промышленно развитых стран. Это явление было зарегистрировано врачами, психологами и исследователями в области медико-биологических проблем. Именно XX век обогатил наши представления об адаптивных реакциях человека тем, что была показана роль психологической сферы в результативности приспособления людей в жизни в информационном обществе.

Вот некоторые хронологические вехи. К середине века была сформулирована ставшая затем знаменитой теория стресса и дистресса Ганса Селье. В 60-80-х гг. XX столетия по результатам ретроспективной оценки массовых эпизодов миграции, насилия и локальных войн во Вьетнаме, Афганистане и Чечни было сформулировано представление о том, что структура болезней и смертей человечества пополнилась новым классом заболеваний – болезнями адаптации и пограничными психическими расстройствами. К концу XX века стало ясно, что распространенность данных классов заболеваний носит массовый характер и распространяется по законам эпидемий, то есть имеет экспоненциальный рост развития среди населения. К этому же времени была подробно изучена и описана целая серия новых видов заболеваний человека, принадлежащих к вновь открытому классу болезней адаптации и пограничных психических расстройств. Это были, так называемые, социально-стрессовые расстройства, посттравматические стрессовые расстройства (PTSD), синдром со-жертвы, синдром дефицита внимания, компьютерная зависимость и др.

Анализ литературы позволяет нарисовать следующую картину распространенности зависимого поведения среди населения стран современного мира. В Европе среди взрослого населения эпизоды употребления героина в течение жизни отмечают 1-2% населения [53]. На пике эпидемии наркомании в 80-х г.г. число лиц, потребляющих наркотики возрастало в 5-10 раз и достигало 5-10 % от общей численности населения стран Западной Европы [54]. Наибольшая подверженность зависимому поведению отмечается в европейских странах среди жителей Швейцарии [55, 56], в которой в 90-х г.г. в возрастной категории 17-30-летних показатель распространенности непостоянного потребления наркотиков составил 21 % [57].

Распространенность зависимого поведения среди населения стран мира варьирует в зависимости от условий экономики этих стран и от уровня их социальной стабильности. Так, к середине 20 века наибольшее распространение наркомании по официальным данным Комитета по наркотикам Организации Объединенных Наций, было зарегистрировано в Иране, где к тому времени до 20% населения страны было занято производством и выращиванием опия; в абсолютных цифрах это составляло более полутора миллионов наркоманов [58].

Примечательно, что распространенность зависимого поведения среди жителей промышленно развитых стран — очень динамичный показатель. Это положение иллюстрирует эпидемия гашишизма второй половины 20 века в США. Эпидемия была спровоцирована войной во Вьетнаме. Увлечение марихуаной началось среди военнослужащих, участвовавших в боевых действиях за пределами своей страны, затем, по возвращении солдат на родину, было импортировано в США, где быстро распространилось в школах, университетах и приобрело характер молодежной субкультуры. В конце 60-х г.г. в США уже 15 % школьников курили марихуану. Распространение зависимого поведения среди молодежи нарастало по законам эпидемии, то есть в разы,

экспоненциально. За десять лет, к концу 70-х г.г. доля школьников, вовлеченных в девиантное поведение, увеличилось четырехкратно, достигнув 60,4%. Затем для двукратного уменьшения доли лиц, потребовалось 20 лет. Лишь в 90-е г.г. показатель распространенности гашишизма среди молодежи США снизился до 32,6 % [59]. Для уточнения социальных последствий эпидемии гашишизма среди молодежи отметим, что к концу 80-х - началу 90-х годов, на фазе спада эпидемии, официальная численность наркоманов в США составила 6 % от всего населения страны [60].

Как следует из приведенных данных, наркомании, как аномальные формы социальной адаптации людей, на уровне социума реализуется как **эпидемиологический процесс** (рис. 7).

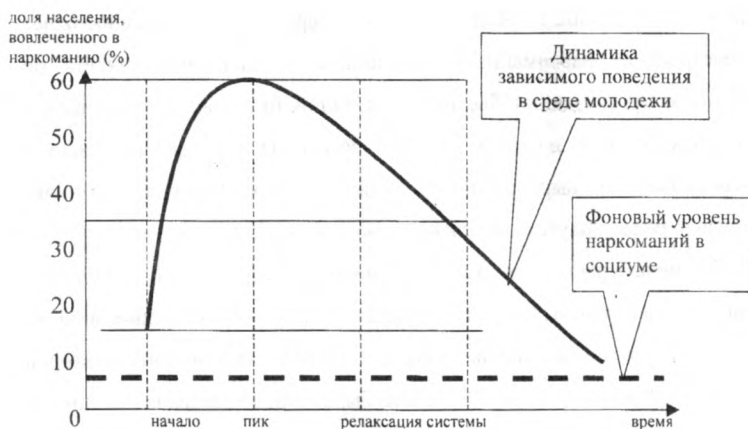


Рис. 7. Схема развития эпидемии зависимого поведения в социуме

Это значит, что доля населения, демонстрирующих аномальное поведение, растет быстро (экспоненциально); количество лиц, вовлеченных в патологическое пристрастие, увеличивается в разы (многократно); возвращение социума к исходной структуре социального

поведения (релаксация системы) осуществляется медленно (по срокам период релаксации в несколько раз превышает период становления наркомании). Описанный алгоритм развития наркомании в социуме (см. рис. 7) имеет большое практическое значение: он позволяет прогнозировать ход процесса и моделировать его, используя для этого социальные технологии.

Осознавая объективность эпидемий наркоманий в социуме, отметим, что взаимосвязь в системе «информационное общество - наркомания» столь же неизбежна и детерминирована естественным ходом исторического и технического прогресса, как взаимосвязь в системе «ядерная физика – лучевая болезнь». Полвека назад, на заре становления ядерной энергетики, признание взаимосвязи в системе «ядерная физика – лучевая болезнь» привело к формированию новых отраслей знания, а именно: биофизики, радиобиологии и радиационной медицины. Достижения последних, в свою очередь, спасли жизнь и сохранили профпригодность многим специалистам топливно-ядерной промышленности, а также лицам, аварийно работавшим в условиях повышенной радиационной нагрузки.

Мы рассчитываем на то, что понимание объективной взаимосвязи в системе «информационные технологии – риск зависимого поведения» также будет полезно для общества: оно позволит разработать новое поколение здоровые сберегающих технологий обучения и сопровождения профессионалов в области информационных технологий и повысить конкурентоспособность отечественных специалистов в этой области.

Понимание этой взаимосвязи важно, поскольку позволяет осознанно и заблаговременно создавать здоровые сберегающие программы для лиц, оказывающихся в сфере влияния агрессивных компьютерных технологий; позволяет разрабатывать эти программы адресно, целенаправленно, с учетом возрастной и профессиональной специфики аудитории. С учетом сказанного, важно проследить какими историческими событиями были

отмечены взаимоотношения в системе «социум - наркотики». Исторические этапы распространения наркотических веществ в сообществах людей представлены в таблице 6. Составление этой таблицы и осмысление роли наркотиков в формирование глобальных торговых и миграционных потоков стала предметом взаимодействия вузовской и академической науки [61]<sup>20</sup>.

Таблица 6.

Исторические вехи распространения наркотических веществ в обществе

Даты	События
<b>Распространение опиатов</b>	
1300 до н.э.	Египтяне выращивают опиумный мак при правлении Ахенатона и Тутанхамона; продают мак в Грецию и Европу.
330 до н.э.	Александр Великий завозит опиум в Персию и Индию
300 до н.э.	Опиум используется арабами, римлянами и греками как успокаивающее средство
400 г.	Опиум из Египта привезен в Китай арабскими торговцами
1000 г.	В Индии опиум употребляют все слои населения; его также дают солдатам чтобы повысить их храбрость
1300-1500 г.г.	Опиумный мак выращивают в Месопотамии, его называют "растением радости"
1500-1600 г.г.	"Сироп мака" и другие препараты из опиумного мака используются в лечебных целях монашескими сообществами
1700 г.	Использование опиумно-табачной смеси широко распространяется к востоку от Индии – на Яве и на южном побережье Китая
1729 г.	Появляются сообщения о вреде курения опиума. Император Юнг Чен запрещает продажу опиума и деятельность домов для курения
1776 г.	Опиум продолжает ввозиться в Китай несмотря на закон 1729 г.
1803 г.	Морфий синтезируется немецким химиком Фридрихом Вильгельмом Адамом Сертурнером
1850-1865 г.г.	Десятки тысяч китайских чернорабочих иммигрируют в США, привозя с собой привычку курения опиума
1874 г.	Химик Райт синтезировал диацилморфин (героин). Первоначально героин применялся в лечении морфинизма
1910-1920 г.г.	Эпидемия морфинизма в связи с Первой мировой войной, так как морфий был основным болеутоляющим средством
1950 г.	Расцвет употребления героина после Второй мировой войны
1970-1990 г.г.	Новая волна героиновой наркомании
<b>кокаин</b>	
	В древней цивилизации инков жрецы использовали листья коки для вхождения в транс при религиозных действиях

<sup>20</sup> Составление табл. 6 - составная часть курсовой работы Студента УрГУ Д.Н. Диянова, выполненного под рук. д.м.н. Г.В. Талалаевой.

1860 г.	Альберт Нимэн выделил из листьев растения кока психоактивный алкалоид и назвал его кокаином
1860-е гг.	Стимулирующие свойства коки и кокаина привели к появлению на международном рынке кокаиновых сигарет, помады, капель для носа и т.д.
1863 г.	Анджело Мариани изготовил напиток, который в последствии назвали вино Мариани, путем вымачивания в вине листьев коки. Этот напиток приобрел мировую популярность
1880-1930 г.г.	Кокаиновая эпидемия, которая была особо выражена в период Первой мировой войны
1930-1960 г.г.,	Кокаин не привлекал к себе особого общественного внимания
1970-е г.г.	“Возрождение” кокаина как наркотика для богатей. Кокаин особо распространен в богемных кругах.
<b>Синтетические стимуляторы</b>	
1887.	Был синтезирован первый препарат из группы амфетаминов.
1940-1950	В годы Второй мировой войны амфетамин широко использовался для стимулирования военнослужащих действующей армии, в последующие годы злоупотребление этими препаратами получило еще большее распространение
1970-е гг.	Амфетаминовая наркомания достигла уровня эпидемии
1990-е гг.	Амфетамины употребляет большая часть молодежи для стимуляции в ночных клубах и на вечеринках. Употребление амфетаминов стало частью молодежной субкультуры

Как видно из таблицы, история распространения наркотических веществ молниеносно ускоряется при переходе от древних цивилизаций к настоящему времени, от психотропных препаратов растительного происхождения к современным синтетическим веществам. Так, для глобального распространения успокоительных препаратов растительного происхождения (опиатов) потребовалось несколько тысяч лет, для распространения стимуляторов растительного происхождения (кокаина и его аналогов) – несколько сотен лет, а для повсеместного распространения стимуляторов синтетического происхождения - несколько десятков лет.

В начале XXI века цикл жизни наркотика как товара на теневом рынке наркобизнеса резко сократился. Химически созданные синтетические стимуляторы обновляются в течение нескольких лет и завоевывают постоянных потребителей в течение нескольких месяцев.

### **Пики наркомании и их связь с социальными катаклизмами**

прослеживается во все периоды исторического развития человечества. Как уже говорилось, распространение наркомании – процесс неоднородный и количество людей, употребляющих те или иные наркотические препараты, в истории было различно. Мы же попытаемся проанализировать пики наркомании в различные времена и попытаемся выявить причины этих явлений.

В истории употребления опиатов было несколько пиков. И, в связи с этим, следует отметить ряд событий, предшествующих эпидемиям и внесшим немалый вклад в создание сложившейся ситуации. Три события, произошедшие в 19 веке.

Первое из них заключалось в выделение морфина, изобретение шприца для подкожных инъекций и синтез диацетилморфина (героина) – стали основой широкого распространения применения опиатов для анальгезии, одновременно повысив возможность злоупотребления ими.

Второе технологическое открытие, повлекшее за собой развитие мировой эпидемии наркомании, заключалось в открытии инъекционного способа введения лекарств в организм человека. Впрыскивание (*injectio*) лекарственных препаратов было предложено эдинбургским доктором А. Вудом в 1853-1855 гг. Изобретение Вуда довольно редко использовались вплоть до конца 19 в. Через несколько лет после предложения Вуда появились первые большие группы людей, зависимых от морфия, который до этого времени использовался только отдельными самоубийцами.

Третьим обстоятельством, способствовавшим мировой эпидемии наркомании, стало широкое медицинское применение двух выше названных достижений. Изолированное изобретение способа производства химического препарата соединилось с изолированно изобретенным новым методом введения лекарственных препаратов в единой медицинской конвейерной технологии – технологии обезболивания. Первыми жертвами медицинского прогресса стали



солдаты, раненные во время Гражданской войны в США (1861-1865 гг.). Их страдания облегчали впрыскиванием морфина, благодаря чему из госпиталей они выходили с выраженной зависимостью. Пристрастие к морфию в конце 19 века называли “солдатской болезнью”. Это был первый пик опиумной наркомании в США. Следующий пик опиумной наркомании в мире был после Первой мировой войны. Эта вспышка опиомании была также инициирована стремлением медицинских работников проявить милосердие и облегчить страдания тяжело раненым. После Первой мировой войны самыми действенными болеутоляющими средствами в мире считались морфин и его производные, а морфинизм стал представлять собой типичную неалкогольную наркоманию.

После Второй мировой войны, однако, в мире резко возросло число злоупотребляющих героином, преимущественно среди молодежи и солдатских масс. Особенно распространены были осложненные формы наркомании. Как видно из изложенных данных, что пики опиумной наркомании приходятся на послевоенные годы самых больших войн в истории человечества.

Пики кокаиновой наркомании носили несколько иной характер, но тоже были приурочены к важным историческим и технологическим событиям. Самая большая кокаиновая эпидемия в мире началась с момента выделения психоактивного алколоида – кокаина Альбертом Нимэном в 1860 г. и продолжалась до 1930-х гг., когда кокаин был запрещен для легального производства и употребления в связи с открывшимися его негативными эффектами – способностью препарата вызывать психическую зависимость. Историк кокаина Дэвид Куртрайт отмечал, что особенно выражена кокаиновая эпидемия была в период Первой мировой войны и продолжалась до 1920-х гг. “Ренессанс” кокаина как наркотика произошел в 1970-х гг. В это время сменился формат его позиционирования: товар рекламировался как наркотик для богатых

людей, представителей светского общества и стал популярен в богемных кругах как элемент субкультуры этого общества.

Пики употребления конопли и ее производных в США были спровоцированы войной во Вьетнаме. Начавшись в среде военнотружущих, эпидемия гашишизма распространилась на весь американский континент, каннабис стал быстро распространяться в школах и университетах страны.

Пики употребления амфетаминов и других синтетических стимуляторов тоже совпадают хронологически с военными и послевоенными годами. Импульсом к этой волне зависимого поведения среди гражданских лиц стал научно-технический прогресс в военных технологиях: в период Второй мировой войны амфетамин широко использовался для стимулирования военнотружущих действующей армии. В последующие десятилетия злоупотребление этим препаратом получило также широкое распространение и среди населения, не имеющего отношения к воинской службе.

Следует отметить, что наибольший расцвет наркомании в мире получила в период с начала 60-х и до конца 70-х годов прошлого века. Этот период некоторые называют “психоделической революцией”. Употребление различных наркотических веществ возросло в несколько раз, позже употребление наркотиков снизилось, но употребление наркотиков и до сих пор держится на довольно высоком уровне. Употребление наркотиков в этот период носило ярко выраженный социально-протестный характер: наркотическая субкультура противопоставлялась капитализму и истеблишменту, то есть молодежь таким образом неадекватным саморазрушительным способом стремилась самоопределиваться в социуме и противопоставить себя сложившейся социальной и политической системам..

Следовательно, пики любых видов наркомании следуют за техническими и технологическими инновациями и завершают собой

различного рода социальные катаклизмы (войны, социально-политические преобразования государств и пр.).

Приведенные данные подводят к мысли о том, что в социуме наркотики выполняют еще одну функцию, которая до сих пор оставалась вне поля зрения аналитиков. Эта функция – регулирование скорости биосоциального времени в популяциях людей. Обратим внимание на два обстоятельства, важных с точки зрения хронобиологии. Во-первых, в глобальном пространственно-временном масштабе эпидемии наркомании появляются в социуме не случайно и не хаотически, а в строго определенные периоды времени, которые исторически и географически совпадают с периодами бурной социально-экономической трансформации общества. Более того, пандемии зависимого поведения в человеческой цивилизации находятся в определенном фазовом взаимоотношении с войнами и техническими революциями: пики зависимого поведения следуют за всплесками научно-технического прогресса и военным переустройством социальной стратификации общества. Можно предположить, что в алгоритме непрерывно-дискретной модели эволюции человечества эпизоды склонности людей к новаторству, преобразованиям и самостоятельному мышлению чередуются с эпизодами их стремления к зависимому поведению в четко определенной последовательности. Создается впечатление, что периоды рационально-автономного и иррационально-зависимого образа жизни взаимосвязаны между собой в формате немарковских процессов с последействием и являются лишь отдельными элементами некой самоорганизующейся сложной функциональной системы более высокого уровня организации, чем отдельные виды социума и отдельные исторические этапы развития этого социума. Если наши рассуждения верны, то тогда зная исходное состояние социума, характеристику существующих в нем конфликтов, аномий и внедряемых инноваций можно с достаточной степенью точности прогнозировать параметры последующего витка эпидемии зависимого

поведения, включая такие характеристики эпидемии наркомании, как экспрессия, длительность и распространенность.

Проводя комплексный анализ системы «наркомания – биологическое время социума», нужно отметить еще и второе существенное обстоятельство. Оно заключается в том, что на индивидуальном уровне прием наркотиков обладает хронотропным действием. Из специальной литературы по психологии, медицине и девиантному поведению известно, что прием психотропных средств кратковременно может либо ускорять эмоциональные переживания личности, либо замедлять их. Кроме того, известно также, что по мере развития зависимости социальное время индивида тормозится: его участие в активной жизни социума, в выполнении своих профессиональных обязанностей и социальных ролей нивелируется и постепенно сводится к нулевому уровню. Возникает феномен так называемого «социального дрейфа», хорошо известного клиницистам, при котором зависимый от наркотиков человек безропотно следует течению событий, не оказывая на них своего влияния и утратив свое значения для социума как личность. На основании проведенного нами социального и культурно-исторического анализа, мы можем утверждать, что аналогичный феномен замедления социального времени присущ не только отдельным индивидам, использующим наркотики, но также и всему социуму в целом при достижении им определенного порогового уровня распространения наркомании в социуме. Иными словами, во время всплесков эпидемии наркомании в социуме скорость социального времени людей, находящихся в этом социуме, снижается. Наступает своего рода эффект «консервации» социально-биологического времени людей, который препятствует чрезмерно быстрым социально-экономическим преобразованиям в обществе и тем самым играет роль демпфера и стабилизатора существующего типа социально-экономической формации.

Следовательно, можно сделать вывод, что тенденция к сжатию биологического и социального времени при приеме наркотиков прослеживается как на уровне отдельных индивидов, так и на уровне целых сообществ людей, вовлеченных в эпидемию наркомании по механизму свидетеля и/или со-жертвы. К наиболее сильнодействующим с точки зрения хронобиологии веществам, на наш взгляд, относятся современные наркотики стимулирующего ряда. Они так быстро ускоряют индивидуальное время непосредственных пользователей наркотиков, что молниеносно вызывают их биосоциальный отрыв, дистанцирование и изоляцию от остальной части общества. В результате этого, молодые люди, использующие стимуляторы для повышения своей творческой активности оказываются оторванными от актуального времени социума, и попадают в своего рода хронобиологическую ловушку. Внедрение их новаторских идей в реальную жизнь социума становится объективно невозможным, социум утрачивает своих индивидов - движителей прогресса и, в силу этого обстоятельства, снижает скорость своего социально-экономического и технологического развития. Скорость новаторских преобразований социума снижается, социальное время общества останавливается или, по крайней мере, затормаживается и консервируется.

### **3.2. Экономические предпосылки развития наркомании**

Приняв трактовку наркомании как объективно обусловленного звена в развитии социума, мы должны выделить те экономические обстоятельства, которые способствуют всплеску зависимого поведения среди населения.

Априори можно сформулировать следующую гипотезу. Согласно общей экономической теории динамика товаров на рынке определяется двумя факторами: спросом и предложением. Распространения общие

положения экономической теории на частный случай наркоторговли, мы должны сказать, что число потребителей наркотиков в территории определяется двумя основными параметрами: спросом на наркотики со стороны потребителей и предложением наркотиков со стороны продавцов. Объем спроса, в свою очередь, также формируется под влиянием двух основных факторов, а именно: потребностью людей употреблять наркотики и их способностью платить за приобретение наркотиков.

Таким образом, с социально-психологической точки зрения рост наркомании в территории – это косвенный показатель того, что жители данной территории находятся в неадаптированном состоянии, в массовом масштабе переживают ситуации хронического стресса, испытывают серьезные затруднения с социальной адаптацией и не силах разрешить возникшие у них проблемы легальными средствами. Распространение наркомании в социуме – это признак массового распространения аномий (неразрешимых личностных конфликтов), для сглаживания остроты которых люди начинают все чаще и чаще обращаться к нелегальным способам решения своих проблем, приобретая для этого криминальные психотропные вещества, вводя себя в измененное состояние сознания и останавливая тем самым ход своего социального и биологического времени.

Та же ситуация с экономической точки зрения может быть прочтена несколько в иных терминах. Рост числа людей, пользующихся наркотиками, означает, что данные люди не востребованы экономикой региона, являются «лишними» на рынке труда, но располагают при этом излишками денежной массы, позволяющей им приобретать нелегальные психотропные вещества. «Лишние люди» и «лишние деньги» - вот априори та основная экономическая формула, которая может способствовать переводу психологических переживаний (аномий) в разряд совершенных поступков (купли-продажи и употребления

наркотиков). Кроме того, успешное функционирование рынка сбыта наркотиков косвенно указывает на достаточную платежеспособность потребителей данного товара и на возможность дальнейшего расширения наркобизнеса в территории. Рост преступности, связанной с наркотиками, указывает на истощение финансовых возможностей у основных потребителей наркотиков и на ограничение их платежеспособности. Вопрос о правонарушениях, связанных с незаконным оборотом наркотиков, при выше названной методологии анализа является частным аспектом более общей и более значимой социально-экономической проблемы – проблемы устойчивости социума в реальных условиях его существования.

Какие же предпосылки в экономической жизни общества способствуют нарастанию количества стрессированных лиц, не востребованных экономикой территории по месту их постоянного жительства?

Для ответа на этот вопрос мы обратились к наиболее общим законам функционирования капитала, присущим капиталистической (рыночной) и социалистической экономике. Несмотря на внешние принципиальные различия, в них есть одно общее качество. Оно заключается в том, что и закон социалистического накопления, и закон капиталистического накопления предусматривает отчуждение форм собственности от непосредственного создателя капитала и прибавочной стоимости – от рабочего человека. В условиях переходной экономики одновременное присутствия в структуре экономических и социальных институтов сразу двух форм собственности (и частной, и государственной) увеличивает скорость отчуждения капитала от наемных рабочих и ускоряет формирование «лишней» массы рабочей силы в регионе. Конкурентные отношения между сосуществующими двумя формами собственности не только не умаляют, а, наоборот, усиливают феномен «лишних» людей среди лиц трудоспособного возраста. Синергетическое влияние обоих

форм собственности на скорость и объемы формирования избыточной рабочей силы в регионе создает благоприятные условия для рекрутирования новых лиц в число потребителей наркотиков. Уточним некоторые положения.

Всеобщий закон капиталистического накопления характеризует соотношение капитала и рабочей силы, его создающей в условиях рыночной экономики. Данный закон предусматривает, что «накопление богатства на одном полюсе есть в то же время накопление ... моральной деградации на противоположном полюсе, то есть на стороне класса, который производит свой собственный продукт как капитал» [14]. Накопление капитала воспроизводит в расширенном масштабе капиталистические производственные отношения и является средством дальнейшего накопления капитала. Капитал, делая труд более производительным, сокращает спрос на рабочую силу, повышает требования к ее качеству и конкурентоспособности. В силу этих причин количество невостребованных экономикой лиц трудоспособного возраста увеличивается, количество рабочей силы, потребляемое капиталом, снижается. Рыночная форма накопления капитала выталкивает массы рабочих из производственного процесса, воспроизводит избыточное рабочее население, создает предпосылки для роста безработицы.

Согласно классическим представлениям, обнищание трудящихся проявляется в виде абсолютного и относительного и наиболее ярко обнаруживается в переходные периоды экономики, в период экономических кризисов, в результате войн и т.п. событий.

Абсолютное обнищание проявляется в виде абсолютного снижения жизненного уровня трудящихся, уменьшения среднего уровня реальной заработной платы, задержки заработной платы, сокращения объема социальных льгот, дотаций и гарантий, прежде доступных большинству рабочих и членам их семей.



Относительное обнищание трудящихся проявляется в уменьшении их доли в структуре национального дохода. Переменный капитал, увеличиваясь абсолютно, растет медленнее, чем постоянный капитал и весь общественный капитал в целом. Поскольку спрос на труд определяется не всем функционирующим капиталом, а лишь его переменной частью, постольку количество рабочей силы, потребляемое общественным капиталом, сокращается по сравнению с его возрастающим объемом. «Сравнительная доля рабочих в быстро богатеем рыночном обществе становится все меньше, ибо все быстрее богатеют миллионеры» [62].

Примером роста уровня относительного обнищания трудящихся являются следующие факты [63]. В США прибыли владельцев предприятий по отношению к заработной плате наемных рабочих составили 109% в 1929-40 годах и увеличились почти до 120% в 1941-52 годах. В промышленности ФРГ соотношение прибыли владельцев предприятий к уровню заработной платы наемных рабочих составила 50% к 50% в 1936 году и возросла до 62% к 38% в 1956 году.

Социалистическое накопление, как известно, — это использование части чистого дохода для расширения производства, образования материальных резервов и увеличения непроизводственных социально-культурных фондов. Социалистическое накопление осуществляется в форме накопления народно-хозяйственных фондов производственного и непроизводственного назначения и всякого имущества, являющегося средством расширения производства в интересах общества. И этим социалистическое накопление существенно отличается от капиталистического. В СССР фонд накопления составлял примерно 1/4 часть национального дохода. Контрольными цифрами развития народного хозяйства на 1959-1965 г.г. было предусмотрено увеличение государственных капитальных вложений в сумме, близкой к 3 триллионам

рублей, что было почти равно объему капитальных вложений в народное хозяйство за все годы существования Советской власти [63].

Приведенные цифры указывают на масштабы централизации капитала и финансовых потоков в доперестроечные времена, а также на полную зависимость экономической жизни граждан от государственных гарантий. Приведенные факты позволяют предположить, что у взрослых жителей России, вошедших в период перестройки трудоспособными людьми, несмотря на их профессиональные успехи, почти полностью отсутствовали навыки работы в условиях рыночной экономики и не было опыта личной ответственности за свое финансовое будущее. В капиталистических странах доля национального дохода, обращаемая на накопление, значительно меньше. В течение 30-х – 50-х гг. XX века доля накопления в капиталистических странах составляла лишь несколько процентов. Достигая 8-10% в лучшие годы экономических циклов.

Внедрение капиталистической формы собственности в экономику страны, имеющей в качестве доминирующей социалистическую форму собственности, сопровождается двумя прямо противоположными тенденциями. С одной стороны, увеличивается масса богатства, функционирующая как капитал, усиливается концентрация и централизация капитала. С другой стороны, увеличивается число «лишних лиц», высвободившихся из сократившегося социалистического сектора экономики и не нашедших себя в новых рыночных структурах. К числу социально-экономических явлений, которые могут быть оценены как проявление абсолютного обнищания трудящихся, на наш взгляд, нужно отнести факт «сократившихся» социальных гарантий, а появление платного образования, платного медицинского обслуживания, платных санаторно-реабилитационных мероприятий и т.д. Понижение жизненного уровня трудящихся происходит не только в результате снижения заработной платы, но и в результате увеличения безработицы, усиления интенсивности труда и ухудшения его условий, ухудшения питания и

жилищных условий. В России на рубеже XX-XXI веков отмечена тенденция к депопуляции коренного населения, всплеск социально-стрессовых и пограничных психических расстройств среди россиян, увеличение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Эти медико-демографические тенденции указывают на снижение качества рабочей силы россиян как товара и уменьшение ее конкурентоспособности в условиях рынка труда.

Относительное обнищание трудящихся по сравнению с абсолютным имеет более длительный и социально значимый шлейф последствий. Оно не только сужает доходную часть работающего населения, но и уменьшают его социальную мобильность. Относительное обнищание ограничивает возможность получения самими рабочими и их детьми дополнительной специальности и профессиональной переориентации. Относительное обнищание трудящихся лимитирует их в поиске новых сценариев жизни, не позволяет им и их детям из-за ограниченности средств сохранить здоровье и получить на коммерческой основе престижную перспективную специальность. В силу перечисленных обстоятельств, относительное обнищание трудящихся, на наш взгляд, более значимо при построении средне- и долгосрочных социально-экономических прогнозов развития территории, чем абсолютное обнищание трудящихся.

Описанные явления становятся особенно отчетливыми и явственными в период смены социально-экономического уклада страны. Например, период становления НЭПа в России в 20-30 годах прошлого столетия сопровождался 4-кратным увеличением числа детей, страдающих замедленным темпом физического и умственного развития и нуждающихся в специальных методах обучения и социализации [64]. Так, по данным психолого-экспериментальных исследований школьников Сталинграда и Кронштадта 7-8% учащихся общеобразовательных школ подлежали переводу в специализированные и вспомогательные школы.

В условиях современной России также нарастает тенденция к разрыву преемственности между поколениями: молодежь отказывается выбирать рабочие профессии, не желает продолжать трудовые традиции своих родителей, не перенимает стиль их жизни и трудовые навыки. В отсутствии должной преемственности между поколениями и нехватки собственных средств для получения престижной специальности, у многих молодых людей создается ощущение собственной ненужности и невостребованности. Как показывают данные статистики [49], основную долю безработных России составляют именно люди молодого возраста. С теоретических позиций именно это экономическое обстоятельство наряду с психофизиологической неустойчивостью и ранимостью лиц молодого возраста может стать основой для дальнейшего распространения наркомании по регионам страны.

Мы проверили тезис о хронологической взаимосвязи экстремумов безработицы и наркомании, используя при этом хронологический подход в анализе данных событий. Метод наложения эпох позволил нам выявить следующие закономерности [42, 43, 65-69]. Была выдвинута гипотеза, что в условиях быстро меняющегося социума и недостаточной эффективности прежних форм социализации в обществе получают распространение неадекватные модели группового поведения людей, представляющие собой разновидности взаимоотношений системы «Хищник - жертва». Данное исследование было выполнено в формате взаимодействия академической и вузовской науки. Часть исследования под руководством Г.В. Талалаевой стала предметом курсовой работы студента УрГУ К.С. Соловьева<sup>21</sup>, за которую он в последующем был удостоен звания лауреата Второго Всероссийского конкурса научных студенческих работ, посвященных 200-летию Московского общества

---

<sup>21</sup>Соловьев К.С. Особенности симбиотических отношений в условиях современных антропогенных экосистем <http://iephb.ru>, [www.moip-ros.ru](http://www.moip-ros.ru).

испытателей природы и 250-летию МГУ им. М.В. Ломоносова. Для подтверждения гипотезы были изучены фактические материалы, представленные в публикациях [22, 76]. Целью аналитической работы было изучение хронологии проявления деструктивных форм группового поведения россиян в последние 15 лет. Были выделены две градации нарушения адекватных форм группового поведения людей: «социальное хищничество» и «биологическое хищничество». К первому типу нарушений отношений были отнесены проявления агрессии в виде убийств и правонарушений; ко второму – асоциальное поведение в виде передачи заболеваний путем половых контактов и ВИЧ-инфицирование вследствие группового применения внутривенных наркотиков.

Проведенный нами анализ показал, что в структуре социально-экономических показателей периода перестройки обнаруживается определенная хронологическая последовательность. В интервале с 1985 по 1990 годы отмечался всплеск социальной агрессии среди жителей РФ в виде изменения пропорции между гетеро- и аутоагрессией (между количеством убийств и самоубийств). Если до 1985 года самоубийства преобладали над убийствами в 3-4 раза, то после 1990 года эта пропорция снизилась до 1,8-1,3. К 2000 году по отношению к уровню 1970 года темп роста аутоагрессии составил 29,1%, тогда как темп роста гетероагрессии был на порядок выше и достиг величины, равной 329,2%. В 1990-95 г.г. произошел перелом в социально-экономическом статусе россиян. Произошла замена доминирующей государственной формы собственности на равное представительство государственной и частной, количество россиян, занятых в государственном секторе экономики резко сократилось. Так, если до 1990 года количество россиян трудоспособного возраста, занятое в государственном секторе экономики превосходило число лиц, занятых в частном секторе в 10-7 раз, то с 1995 года эта пропорция снизилась до 0,9, указывая на то, что большая часть россиян утратила свою связь с государственной формой собственности и лишилась

прежнего для нее уровня социальных гарантий, обеспечиваемых государством.

В 1997-2000 годах нами отмечен новый для российской экономики феномен: в структуре безработицы помимо традиционно доминирующей в ней квоты молодых людей в возрасте 20-24 лет появился дополнительный пик числа безработных, относящихся к зрелому трудоспособному возрасту, к возрасту от 34 до 39 лет. Отмеченный феномен подчеркивает расширяющуюся невостребованность для экономики граждан России, не только молодых людей, не имеющих профессионального опыта, но и стажированных работников. В 1999-2001 годах в Свердловской области резко возросло число городов, имеющих всплеск первичной, а через в 2001-2002 годах и всплеск общей заболеваемости наркоманией.

Таким образом, повышение уровня агрессии в обществе на 5 лет опережает переход государственной собственности в частную; смена форм собственности на 2-5 лет опережает появление безработицы среди лиц цветущего трудоспособного возраста; безработица у зрелых лиц на 2-4 года опережает всплеск первичной наркомании в территориях.

Всплески заболеваний, объединенных в градацию «биологическое хищничество», имели следующую хронологию. Пик заболеваемости сифилисом в Свердловской области совпал с периодом 1995-1997 г.г., наркомании – с 1999-2000 г.г., числа ВИЧ-инфицированных, заразившихся путем внутривенного введения наркотиков – с 2001 г.

Проведенный анализ показал, что пик «социального хищничества» хронологически предшествует всплеску «биологического хищничества». Пик агрессивного поведения опережает пики распространения заболеваний, передающихся половым и гемоконтактным путем. Интеграция исследованных хронологических последовательностей на единой шкале времени позволяет создать волновую модель экспрессии деструктивного поведения людей в условиях переходной экономики. Данная схема представлена на рисунке 8.

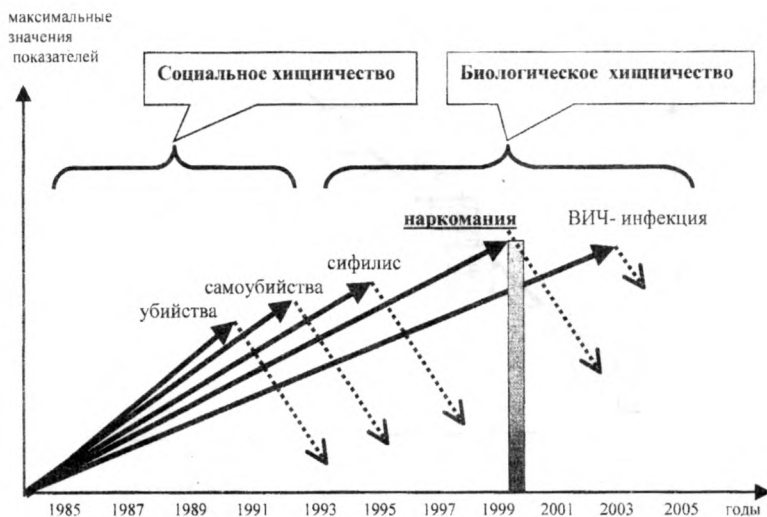


Рис. 8. Экспрессия деструктивных форм поведения в социуме.

Уточнив, каким образом взаимосвязаны между собой экономическая востребованность населения и экспрессия деструктивных форм поведения в социуме, мы сочли необходимым ранжировать города и муниципальные образования Свердловской области по признаку предрасположенности их населения к наркозависимому поведению. Для этого распространенность наркомании в территориях была графически отображена в двумерной системе координат, в которой ось X и Y соответственно отражают уровень общей и первичной заболеваемости наркоманией в территории. Проведенный анализ установил, что города Свердловской области по признаку их наркоиммунитета<sup>22</sup> расположены в следующем порядке (см. рис. 9.).

<sup>22</sup> **Иммунитет** (от лат. *immunitas* – избавление, освобождение от чего-либо) – невосприимчивость организма к инфекционным агентам и чужеродным веществам, биологическая защита от вредоносных факторов; совокупность особых прав, льгот, привилегий и преимуществ, (иммунитет дипломатический, иммунитет государства, иммунитет консульский), неприкосновенность (неприкосновенность личности, служебных помещений жилища и собственности), неподсудность судам государства пребывания, освобождение от налогов, таможенного досмотра и др.

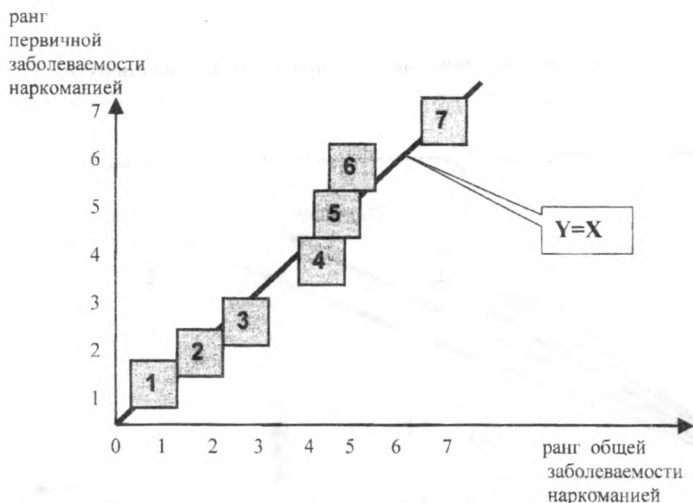


Рис. 9. Ранжирование городов по признаку наркоиммунитета территории

Обозначения: оси X и Y 1 – 7 ранги заболеваемости наркоманией (1 – максимальные значения распространения наркомании в территории). Названия городов: 1 - Каменск-Уральский, 2 - Екатеринбург, 3 - Асбест, 4 - Краснотуринск, 5 - Нижний Тагил, 6 - Верхняя Пышма, 7 - Ирбит.

Обнаружение прямой пропорциональной зависимости между рангом общей заболеваемости наркоманией и рангом первичной заболеваемости данным недугом, на наш взгляд, говорит о том, что нарастание числа больных идет за счет двух процессов, представленных в равной степени: за счет аккумуляции в социуме стажированных пользователей наркотиков с длительным наркотическим стажем и за счет рекрутирования новых пользователей в число лиц с зависимым поведением. Пространственно-географические варианты распространения эпидемии наркомании в Свердловской области не случайны. Они соответствуют делению районов и городов по социально-экономическим и экологическим характеристикам. Как показали наши предыдущие исследования, способствуют ускоренному достижению пика наркомании в территории такие факторы, как: экологическое неблагополучие, дефицит территориального бюджета и кризис экономической безопасности.



Анализ цикличности развития наркомании в территориях Свердловской области показал, что они варьируют в зависимости от административных масштабов населенных пунктов и их географического расположения относительно логистических терминалов и наркотрафиков. Циклы развития наркомании в социуме с учетом этих факторов представлены в таблице 7 и на рисунке 10.

Таблица 7.

Циклы развития наркомании в социуме

Пространственный масштаб	Временной масштаб
Страны и континенты	30-35-летние циклы наркомании
Субъекты федерации	14-, 7-летние циклы наркомании
Муниципальные образования	3- и 5-летние циклы наркомании

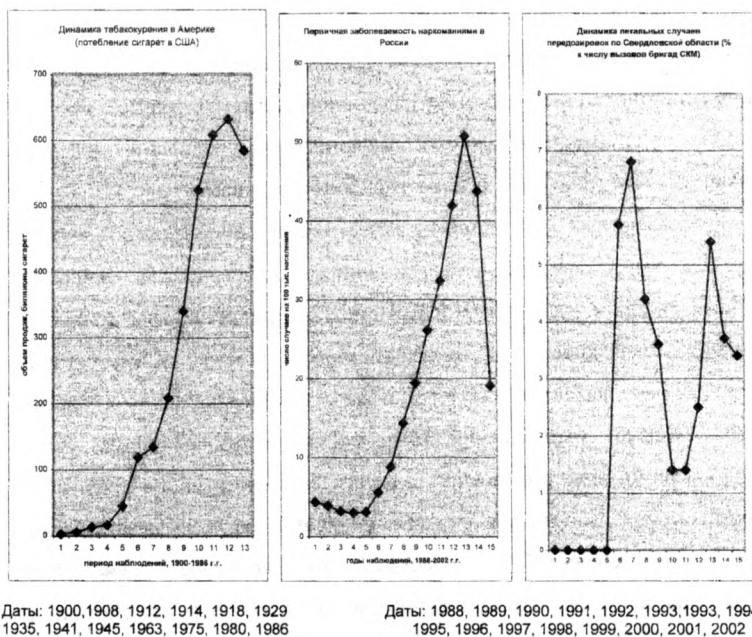


Рис. 10. Наркомания как функция времени

## ГЛАВА 4

### МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОМАНИЙ И ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАВИСИМОСТЕЙ

#### 4.1. Вариабельность проявлений болезней зависимого поведения.

В данной главе представлены медико-биологические различных видов зависимого поведения, имеющие значение для формирования группового поведения людей в социуме. В DSM-III-R все нарушения психической деятельности органического характера, вызванные употреблением психоактивных средств, объединены в одну рубрику – органический психосиндром, вызванный психотропными средствами. Психические нарушения органического характера могут быть обусловлены влиянием широкого спектра психоактивных веществ, включая седативные средства, снотворные, транквилизаторы, опиаты, кокаин, амфетамин (и сходные с ним по действию симпатомиметики), фенилциклидин (и сходные с ним по действию арилциклогексиламины), галлюциногены, каннабис, кофеин, никотин, летучие вещества с психоактивными свойствами.

Каждое из этих средств может вызвать один или более болезненных синдрома, таких как делирий, деменция, амнестический синдром, бредовый синдром, галлюцинаторный синдром, депрессивный синдром, состояние тревожности и расстройство личности. Кроме того, перечисленные вещества могут вызывать интоксикацию и синдром отмены. Однако, в отношении того, могут ли эти синдромы быть специфическими для того или иного вещества, однозначного мнения не существует. Идентичные или сходные синдромы могут вызывать более чем одно какое-либо вещество. Дезадаптивное поведение, рассматривается большинством специалистов в области психиатрии и наркологии как неспецифический признак повреждения нервной системы, развивающееся в результате воздействия. Например, воинственность,

нарушение критики, нарушение способности выполнять социальные и профессиональные функции возникают не только при воздействии психотропных веществ, но также и при травмах мозга, при действии ряда неблагоприятных профессиональных факторов, связанных с действием лазерного излучения, радиации, электромагнитного поля искусственного (промышленного) происхождения.

Диагностические признаки абстиненции также не являются абсолютно специфическими для того или иного конкретного химического вещества. Как правило, развитие абстинентного синдрома, специфического по отношению к конкретному психотропному веществу, наступают вслед за прекращением (уменьшением) приема того количества потребляемого психоактивного вещества которое данное лицо употребляло ранее. И это довольно часто создает у неспециалистов в области наркологии представление о наличии взаимосвязи между конкретным химическим веществом и возникшим ощущением психологического дискомфорта. Вместе с тем, известно, что при отсутствии анамнеза, то есть сведений о ранее принимаемых психотропных веществах, провести дифференциальный диагноз между алкогольной, барбитуровой, амфетаминовой или фенциклидиновой абстиненцией бывает достаточно сложно. Их проявления во многом схожи по клиническим данным и не обладают абсолютной специфичностью. Более того, специалистам в области технологий манипулирования сознанием известны факты того, что эффект синдрома абстиненции может быть вызван искусственно и без предварительно злоупотребления психотропными веществами. Радиобиологам, занимающимся исследованием нейropsychиатрических и психофизиологических эффектов радиации, достаточно давно известны факты изменения поведенческих стереотипов у лиц, подвергшихся хроническому облучению.

Неслучайно поэтому в международной классификации болезней последнего, десятого пересмотра (DSM-III-R) нет такого отдельного диагноза, как «наркомания». В указанной классификации предусмотрены два отдельных диагноза: органическая энцефалопатия, вызванная употреблением психоактивных веществ, и другие расстройства, развивающиеся при злоупотреблении ими. При этом органическая энцефалопатия характеризует прямое воздействие психоактивных средств на центральную нервную систему вне специфического наркотического эффекта последнего; тогда как расстройства, развивающиеся при злоупотреблении психоактивными веществами, указывают на неправильное, дезадаптивное, антисоциальное поведение клиентов, связанное с регулярным употреблением наркотиков. Согласно DSM-III-R, эти два симптома обычно сосуществуют, но не тождественны друг другу.

Психоактивным веществом, по мнению международных экспертов, считается такое, прием которого приводит иногда к нарушению сознания или психики. Подобные вещества часто входят в состав лекарственных средств, микстур, настоек, а также содержатся в растениях, которые с древних времен используются людьми. В США такими веществами являются: а) разрешенные законом, однако находящиеся под контролем или облагаемые налогом (например, алкоголь, табак); б) разрешенные законом, выдаваемые по предписанию врача (такие как диазепам, барбитураты); в) запрещенные законом (марихуана, героин). В некоторых штатах наркотики выписываются только на специальных государственных бланках (например, рецепт на амфетамин выписывается на особых государственных бланках в трех экземплярах). Все психоактивные вещества могут стать источниками злоупотребления, неправильного употребления и развития психологической и физической зависимости.

Известно, что немедицинский прием с психоактивных средств заметно изменяет алгоритм адаптивных реакций человека. Социальная значимость этого эффекта психотропных средств для популяции

неоднозначна. С одной стороны, непосредственный эффект от приема психотропных веществ положителен для общества. Он заключается в уменьшении напряженности реакций общего адаптационного синдрома и в сглаживании остроты критических проявлений социально-стрессовых расстройств и болезней адаптации у членов данного общества. С другой стороны, систематический прием психотропных средств, как легальных, так и нелегальных, неизбежно, кардинально и необратимо трансформирует алгоритм адаптации человека к дополнительным внешним воздействиям. При этом, качество и скорость адаптивных реакций существенно снижаются. Следовательно, отсроченный эффект от немедицинского приема психотропных веществ может быть оценен как отрицательный. Важно, что темп перехода позитивных эффектов психотропных средств в негативные во многом определяется исходным состоянием человека, начавшего прием психоактивных средств. Исходное длительное напряжение адаптивных реакций человека, нахождение человека в состоянии повышенной тревожности, страха и неуверенности существенно сокращает время этого перехода и значительноотяжеляет его отрицательные последствия.

Данная закономерность проявляется как по отношению к приему наркотиков, так и по отношению к приему легальных психотропных средств, вызывающих зависимость, в частности, по отношению к алкоголю. На примере хронического алкоголизма зависимость социальных последствий от исходного состояния людей, употребляющих спиртные напитки, исследована особенно подробно. В том числе установлено, что чем больше отклонений от нормы в структуре психики человека изначально, тем в более сжатые сроки от начала систематического употребления алкоголя формируется переход от бытового пьянства к начальной стадии алкоголизма и тем более быстрее наступают явления социальной дезадаптации [71]. В цитируемой работе авторы приводят перечень социально-личностных факторов, которые

достоверно ( $p < 0,01$ ) ускоряют появление синдрома дезадаптации у людей, принимающих алкоголь для купирования признаков избыточного стресса. Это образовательный уровень, социально-профессиональный статус, семейное положение, непосредственные условия и причины систематического употребления алкоголя (влияние среды, психогении, особенности характера), темперамент, сниженные адаптационные способности, ранний возраст начала систематического употребления алкоголя, баланс таких личностных черт, как ригидность – лабильность, уравновешенность – неуравновешенность, экстравертированность – интравертированность.

Приведенный список факторов, предрасполагающих к формированию зависимости от алкоголя, еще раз показывает, что феномен зависимого поведения является не только биологическим явлением и не определяется исключительно факторами внешней среды. Зависимое поведение – это сплав биологических и приобретенных качеств человека; это поведение, возникшее в результате соединения врожденных задатков и приобретенного социального опыта. Именно в силу указанных обстоятельств наркоманию, как вариант зависимого поведения следует изучать в рамках междисциплинарных исследований.

#### **История становления ключевых понятий и терминов**

наркологии имеет определенный интерес для социологов, так как позволяет представить этапы осознания обществом знаковых событий, связанных с развитием наркомании в социуме. В 1964 г. Всемирная организация здравоохранения предложила использовать для обозначения наркомании вместо недостаточно научного термина «**addition**» («добавление») термин «**drug dependence**» («зависимость от вещества»). Тем не менее в медицинской практике и обычной литературе термин «**addition**» продолжает использоваться, обозначая, во-первых, психическую зависимость и поисковое поведение в отношении наркотика, во-вторых, толерантность и физическую зависимость, из-за которых

субъект не может прекратить употребление наркотиков, в-третьих, как соматические, так и психические нарушения, наступающие вследствие продолжительного злоупотребления психотропными веществами. В DSM-III-R термин **«psychoactive substance use disorders»** («расстройство вследствие употребления психоактивных веществ») включает в себя два крупных понятия:

А. Неправильный прием: невозможность уменьшить или прекратить прием; пребывание в течение всего дня в состоянии интоксикации; употребление запрещенных законом средств почти ежедневно в течение по крайней мере одного месяца; наличие вспышек, связанных с передозировкой или интоксикацией, сопровождающихся нарушением психической деятельности.

Б. нарушения соматических функций, социальной или профессиональной деятельности, связанные с употреблением этих веществ (например, применение насилия, утрата друзей, прогулы, потеря работы или нарушение закона).

**Толерантность** - это необходимость значительного (не менее чем на 50%) увеличения дозы препарата для достижения желаемого эффекта при многократном употреблении наркотика. Толерантность к одному наркотику, развивающаяся в результате действия другого наркотика, называется перекрестной толерантностью. Метаболическая толерантность имеется в тех случаях. Когда распад наркотика происходит в более быстром темпе, чем его поглощение, в результате чего постоянное употребление наркотика не приводит к желаемому результату, то есть к эйфории.

**Индивидуальная переносимость** какого-либо вещества, особенно алкоголя, у разных людей сильно различается независимо от того, употребляли ли они в прошлом данное вещество. Некоторые могут переносить лишь очень небольшое количество алкоголя, так как он вызывает у них неприятные ощущения, в то время как другие способны

выпить большое количество алкоголя без последствий. Эта способность является врожденной, а не приобретается в результате употребления. Разница в количестве употребляемого алкоголя существует также между отдельными расами. Так, многие лица азиатского происхождения испытывают неприятные ощущения при приеме даже небольшого количества алкоголя.

**Формирование зависимостей** – типичное качество немедицинского применения психотропных средств. К наркотику может развиваться психическая или физическая зависимость, или оба эти вида зависимости. Психическая зависимость, которую также называют привыканием, характеризуется постоянным или периодическим возникновением влечения (страстного желания) к наркотику, без которого развивается дисфория. При физической зависимости наркотик принимается для того, чтобы избежать синдрома отмены или абстинентного синдрома. Понятие «злоупотребление наркотиком» и «неправильное употребление наркотика» различаются тем, что первое обычно обозначает самостоятельное употребление субъектом какого-либо средства, тогда как второе – неправильное употребление предписанного врачом лекарства.

В книге В. Квинн «Прикладная психология» [72] кратко и емко описано отношение американского общества к проблеме зависимого поведения – наркомании и алкоголизму. «Около 15% американцев испытывают проблемы, связанные с наркотиками и алкоголем, затраты на которые составляют более 110 миллиардов долларов в год. Ежегодно регистрируется 200 000 новых случаев алкоголизма среди молодежи. К 1993 году зависимость от употребления различных психотропных веществ в США стала столь острой проблемой, что Американская коллегия психиатрии и неврологии при поддержке Американской психиатрической ассоциации потребовала введения сертификационного экзамена для психиатров, специализирующихся в области наркологии». Как отмечает



автор, по мнению американских экспертов прием психоактивных веществ не случаен, он обусловлен низкой самооценкой человека, высоким уровнем личностной тревожности и потребностью снизить чувство собственного беспокойства по поводу возможных жизненных неудач.

Большинство специалистов области наркологии считают, что указанное психологическое состояние человека имеет двойственную природу: базируется на наследственно обусловленных личностных качествах и усиливается конкретными конфликтными ситуациями, естественно возникающими в процессе жизнедеятельности человека.

В силу перечисленных причин возникновения наркомания подавляющим большинством зарубежных специалистов рассматривается не как вредная привычка хулиганствующей личности, за которую надо наказывать провинившегося, а как болезнь обмена веществ, наподобие сахарного диабета, которую необходимо лечить и реабилитировать. Медико-биологический подход к диагностике и классификации признаков наркомании достаточно четко отражен в руководстве по клинической психиатрии авторов Г.И. Каплан и Б.Дж. Сэдок [50], которое рекомендовано для перевода на русский язык заместителем директора НИИ психиатрии МЗ РФ доктором медицинских наук В.Н. Красновым, переведено с английского доктором медицинских наук В.Б. Стрельцом и издано в московском издательстве «Медицина» в 1994 году, а также в Международной классификации болезней десятого пересмотра [73], активно внедряемой в практику российского здравоохранения последние годы. Приведенные факты убеждают, что гуманистический медико-биологический подход к интерпретации наркомании, свойственный международной медицинской общественности, все успешнее прививается и в системе российского здравоохранения. Это тем более примечательно, что у нас на глазах происходит не только методологическое, но и организационное реформирование системы здравоохранения РФ, и служба

оказания медицинской помощи населению сливается со службой осуществления социальной защиты граждан.

#### **4.2. Предрасположенность россиян к применению психотропных средств**

Социально-экономический подход к интерпретации феномена наркомании подчеркивает закономерность возникновения данного явления в обществе с переходным и кризисным типом экономики. Обозначенный нами подход к анализу наркомании открывает большие перспективы для социально-экономических исследований и прогнозов. Он позволяет оценить уровень дестабилизации экономики региона и степень утраты экономикой региона одного из своих главных ресурсов – ресурс рабочей силы. Анализ масштабов и хронологии распространения наркомании в регионе прямо отражает процесс утраты жителями территории своих креативных качеств, своих возможностей выступать на рынке труда к качестве конкурентного товара, способного создавать прибавочную стоимость и обеспечивать рост накопления капитала в территории. По уровню наркозаболеваемости жителей территории можно судить об уменьшении экономической независимости территории и о степени вовлеченности региона в глобальную сеть теневой экономики, связанной с наркобизнесом.

Исходя из обозначенного направления исследования, наркомания интерпретируется нами как один из возможных вариантов психологической защиты человека, когда длительность фрустрации и интенсивность социально-психологического стресса превосходит адаптивные резервы организма. В этом смысле употребление наркотиков является своего рода «костылями» и биохимическими «протезами», которые гасят избыточную реактивность организма, и делают возможным его дальнейшее существование в стрессирующих условиях, хотя и в

аномальных с точки зрения социума формах поведения. Актуальность социологических подходов к анализу наркомании объясняется тем, что потребность в психотропных веществах среди жителей России за последние два десятилетия резко возросла и стала широко распространенным, если не сказать, массовым явлением. Так, распространенность синдрома ХРБТ (хронической распространенной боли в теле) как косвенного признака депрессии, значительно снижающего качество жизни и трудоспособности человека, среди россиян регистрируется в два раза чаще, чем среди жителей Великобритании и других стран Западной Европы [74]. В частности, по данным зарубежных исследователей синдром ХРБТ встречается у 10-15% популяции [75], тогда как по данным специалистов Уральской государственной медицинской академии среди жителей г. Екатеринбурга только 37,9% опрошенных не испытывали хронической боли в теле. У 39,9% опрошенных на момент исследования были выявлены боли, отличающиеся от критериев ХРБТ, предложенных Американским колледжем ревматологии. У остальных был выявлен типичные признаки ХБТ, свидетельствующие о наличии у них маскированной депрессии.

Важно отметить, что последние десятилетия психиатры отмечают не только количественное увеличение случаев депрессии среди россиян, но и изменение качества самой депрессии. В структуре психических расстройств зарегистрировано возрастание удельной доли затяжных форм депрессии, ригидных депрессий, которые устойчивы к лечению обычными фармакологическими препаратами и психоактивными средствами [76]. Совместный российско-германский обзор ситуации, проведенный 15 лет назад, показал, что распространенность различными клиническими формами депрессии составляет 3-4% от численности населения земного шара; кратковременные эпизоды депрессии хотя бы раз в жизни испытывают около 15% населения; удельный вес неблагоприятно протекающих депрессий за последнее столетие увеличился с 5% в 1912

году до 28% в 1981 году. При этом хронической формой депрессии страдают 15% от общего числа депрессивных больных. Для этих людей состояние депрессии становится не изолированным болезненным эпизодом в их жизни, а стилем самой жизни. Специалистами в области психофармакологии особо подчеркивается, что отсутствие эффекта при лечении ригидные формы депрессии связано не с низким уровнем профессиональных знаний врачей, а с биохимической индивидуальностью больных.

В связи с выше изложенным необходимо отметить, что ситуация роста числа хронических и ригидных форм депрессии среди населения, которая наиболее отчетливо проявляется в условиях урбанизированных и промышленно насыщенных территорий, закономерно и неизбежно приведет к поиску новых методов лечения и к расширению наших представлений о допустимом уровне вмешательства в психику человека. Еще раз подчеркнем, что в современном мире грань между разрешенными и запрещенными психотропными веществами проводится не на основе их фармакологических различий и не на основе тех психологических потребностей человека, которые удовлетворяются приемом данных средств. Водораздел между разрешенными и запрещенными психотропными веществами лежит в области социального поведения людей, которое вызывают или трансформируют данные вещества. Именно это обстоятельство побуждает рассматривать наркоманию не столько как биологическое, сколько как социальное явление.

#### **4.3. Биосоциальная предрасположенность уральцев к аномальным формам поведения**

В последние годы были изучена хронология развития синдрома дезадаптации у лиц, подвергшихся экстремальным экологическим воздействиям и длительному психологическому стрессу [77]. На примере

жителей Свердловской области, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, был описан **феномен многоуровневого деструктивного поведения (МДП)**. Было показано, что хронический стресс приводит к увеличению у пострадавших аномальных форм адаптивного поведения. Феномен МДП многолик. На уровне социального поведения он проявляется утратой интереса к профессиональной и общественной деятельности, а также пренебрежением семейных отношений. На уровне индивидуального поведения МДП проявляет себя злоупотреблением алкоголем и немедицинским приемом психотропных веществ и анальгетиков, склонностью к суициду. На уровне физиологических реакций МДП обнаруживается в увеличении удельного веса парадоксальных и извращенных откликов органов и систем на внешние стимулы, в том числе такие, как прием лечебных и оздоровительных процедур. На уровне клеток и обмена веществ МДП проявляется и признаками апоптоза или «листопада», то есть признаками программируемой клеточной гибели и раннего биологического старения органов и тканей.

Снижение качества адаптивных реакций жителей Свердловской области прослеживается не только на примере взрослых ее жителей, но также детей и подростков [78]. Исследованиями, проведенными сотрудниками Территориального Центра социальной помощи семье и детям Железнодорожного района г. Екатеринбурга совместно со специалистами Уральской государственной медицинской академии (УГМА) установлено, что в социопатических семьях крупного промышленного города показатели психического здоровья детей и подростков значительно нарушены по сравнению с нормой. Из числа признаков дезадаптации, косвенно характеризующих повышенную predisposedность обследованных к наркотикозависимому типу аномального поведения, в цитируемой работе были указаны следующие:

1) дисфункция вегетативной нервной системы диагностирована у большинства наблюдаемых детей, в 74,3% случаев;

2) повышенная реактивность симпатического отдела нервной системы отмечена почти у половины детей в возрасте 11-13 лет, у 46,7% пациентов;

3) повышенный уровень тревожности зафиксирован у трех четвертей обследованных, у 74,3% наблюдений;

4) частота встречаемости нарушений в психо-эмоциональной сфере детей быстро нарастала при увеличении возраста обследованных: повышенная тревожность определялась у 60% детей 7-8-летнего возраста и возросла до величины 82,2% у детей в возрасте 11-13 лет.

Из приведенных данных следует, что темпы роста числа детей с высоким уровнем тревожности достаточно велики: более чем 20% менее чем за 5-летний возрастной интервал.

Примечательно, что распространенность и тяжесть психологических нарушений у наблюдаемых детей и подростков была столь велика, что при ее коррекции врачи Центра совместно со специалистами УГМА не ограничивались психотерапией, а использовали современное психотропное средство глицин. Как известно, глицин является регулятором обмена веществ, нормализует процессы возбуждения и торможения в центральной нервной системе, обладает антистрессорным эффектом. С позиций темы настоящего обзора важно, что из приведенных выше фактов можно сделать следующее умозаключение: часть молодых уральцев крупного промышленного города находится в такой степени дезадаптации своих психических функций, что уже с 7-летнего возраста они нуждаются в поддерживающих курсах психотропных средств.

Представленные данные подтверждают биологическую предрасположенность молодых уральцев из социопатических семей к аномальному, в том числе к зависимому от наркотиков поведению. К сожалению, предрасположенность к деструктивным формам купирования

стрессовых реакций присуща не только уральским детям из неблагополучных семей. Тревожная тенденция такого же рода обнаружена и при опросе студентов элитного вуза г. Екатеринбурга – Уральского государственного университета им. Горького [79]. С помощью специально разработанной анкеты были изучены доминирующие стратегии биосоциального поведения, характерные для студентов 2-3 курса университета, обучающихся на гуманитарных специальностях. Выяснено, что примерно половина респондентов соглашается с мыслью о полезности здорового образа жизни (ЗОЖ), тогда как другие опрошенные отрицают личную ответственность за сохранение своего здоровья и не считают здоровье социально значимой ценностью. При этом установлено, что декларативно одобряемый стиль ЗОЖ не всегда совпадает с реальным поведением респондентов. Лишь около четверти опрошенных студентов являются последовательными сторонниками ЗОЖ: в высказываниях и на деле они воплощают в жизнь принцип самосохраняющего и здоровье сберегающего поведения. Примерное такое же количество опрошенных являются убежденными и последовательными противниками ЗОЖ, демонстрируя вредные привычки и самодеструктивный стиль биосоциального поведения (курение, злоупотребление алкоголем, избегание физической активности как средства купирования избыточного стресса и т.д.). По образу жизни эта четверть опрошенных студентов биологически была предрасположена к приему психотропных веществ, в том числе наркотиков.

Огромную значимость социальной среды и, в частности близкого окружения подростков, испытывающих стрессовые воздействия взрослой жизни и ищущих средства психологической реабилитации, показывают данные социологических опросов, приведенные в книге [80].

Суммируя результаты представленных медико-психологических исследований, можно заключить, что проблема повышенной тревожности и депрессии актуальна для значительной части уральцев различных

возрастов и социального положения. Опираясь на общетеоретические положения наркологии, можно предположить, что в силу отмеченных особенностей своего психического статуса, популяция уральцев обладает повышенной биологической предрасположенностью к аномальным формам поведения, в том числе к таким, как алкогольная и наркотическая зависимости. Закономерно возникают следующие вопросы: «Насколько ярко эта биологическая предрасположенность проявляется в конкретных социально-экономических условиях?», «Существует ли вариативность проявления этой биологической predisposition в зависимости от экономической ситуации в отдельных районах области?» и «Как осуществить методологическую постановку междисциплинарных биосоциальных исследований наркомании с тем, чтобы объективно и корректно измерить ожидаемые различия наркоиммунитетов территорий и сообществ людей, если они действительно существуют?»

С учетом ранее изложенных фактов и рассуждений мы предлагаем использовать следующие показатели как индикаторы устойчивости социума к наркоагрессии (табл. 8, схемы 1-3).

Таблица 8.

Матрица оценки устойчивости населения к наркотической агрессии

Показатели	Данные по годам (лаг 3-5 лет)
<b>Демографические показатели:</b> -Численность населения территории -Половозрастной состав -удельный вес лиц в возрасте 18-20 лет и их половая принадлежность -Разбивка по годам лиц трудоспособного возраста с шагом в 5 лет (20-24, 25-29 и т.д.) -смертность -рождаемость	



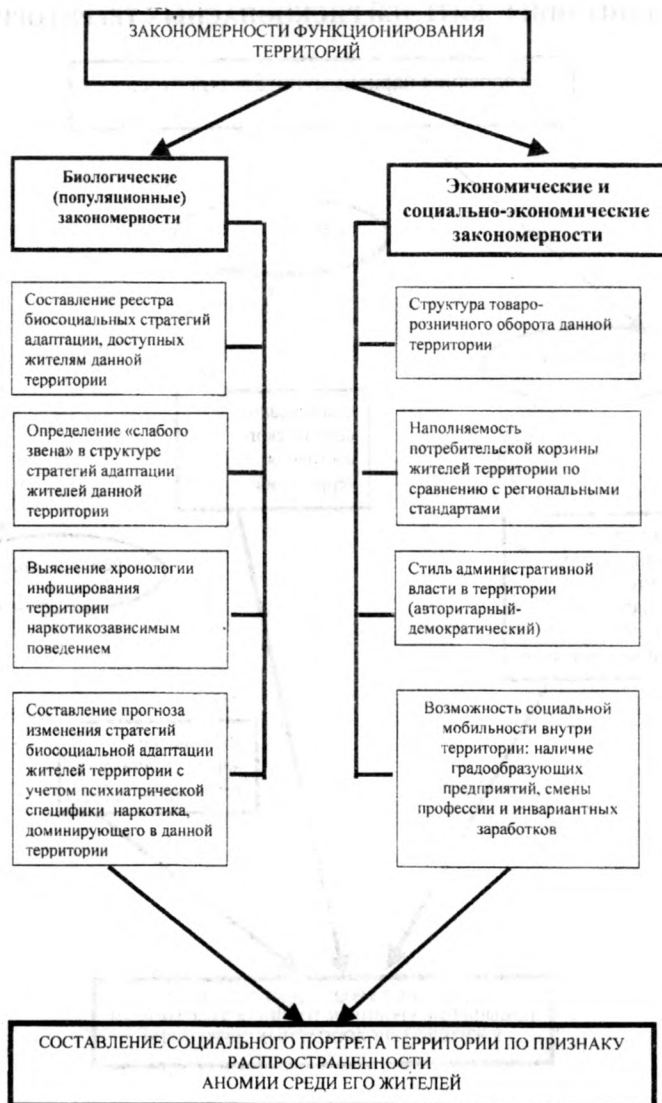
<b>Данные медицинской статистики:</b> -показатели первичной наркозаболеваемости -показатели общей наркозаболеваемости -сведения о структуре заболеваемости, инвалидности и смертности жителей данной территории (с указанием количества убийств, самоубийств, несчастных случаев и отравлений в структуре причин смерти) -сведения о структуре заболеваемости, инвалидности и смертности ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС, жителей данной территории (с указанием количества убийств, самоубийств, несчастных случаев и отравлений в структуре причин смерти)	
<b>Среднегодовая численность занятых в экономике по отраслям</b> , в том числе среднегодовая численность занятых в промышленности (в процентах к итогу)	
<b>Среднегодовая численность занятых в экономике по формам собственности</b> , в том числе -государственная, - муниципальная -частная	
<b>Распределение численности занятых в экономике по возрастным группам</b> (с разбивкой по возрастам с шагом в 5 лет начиная с 20 лет 20-24, 25-29 и т.д.) – в процентах к итогу	
<b>Распределение численности безработных по возрастным группам</b> (с разбивкой по возрастам с шагом в 5 лет начиная с 20 лет 20-24, 25-29 и т.д.) – в процентах к итогу	
<b>Распределение численности безработных по обстоятельствам незанятости</b> по возрастным группам (с разбивкой по возрастам с шагом в 5 лет начиная с 20 лет 20-24, 25-29 и т.д.) – в процентах к итогу	
<b>Распределение численности безработных по способам поиска работы</b> по возрастным группам (с разбивкой по возрастам с шагом в 5 лет начиная с 20 лет 20-24, 25-29 и т.д.) – в процентах к итогу	
<b>Денежные доходы населения</b>	
<b>Бюджет территории</b> -средняя заработная плата -оборот розничной торговли -объем промышленного производства -стоимость минимального набора продуктов -просроченная задолженность по заработной плате	
<b>Криминальная характеристика территории</b> -общее число зарегистрированных преступлений -число преступлений, связанных с наркотиками	

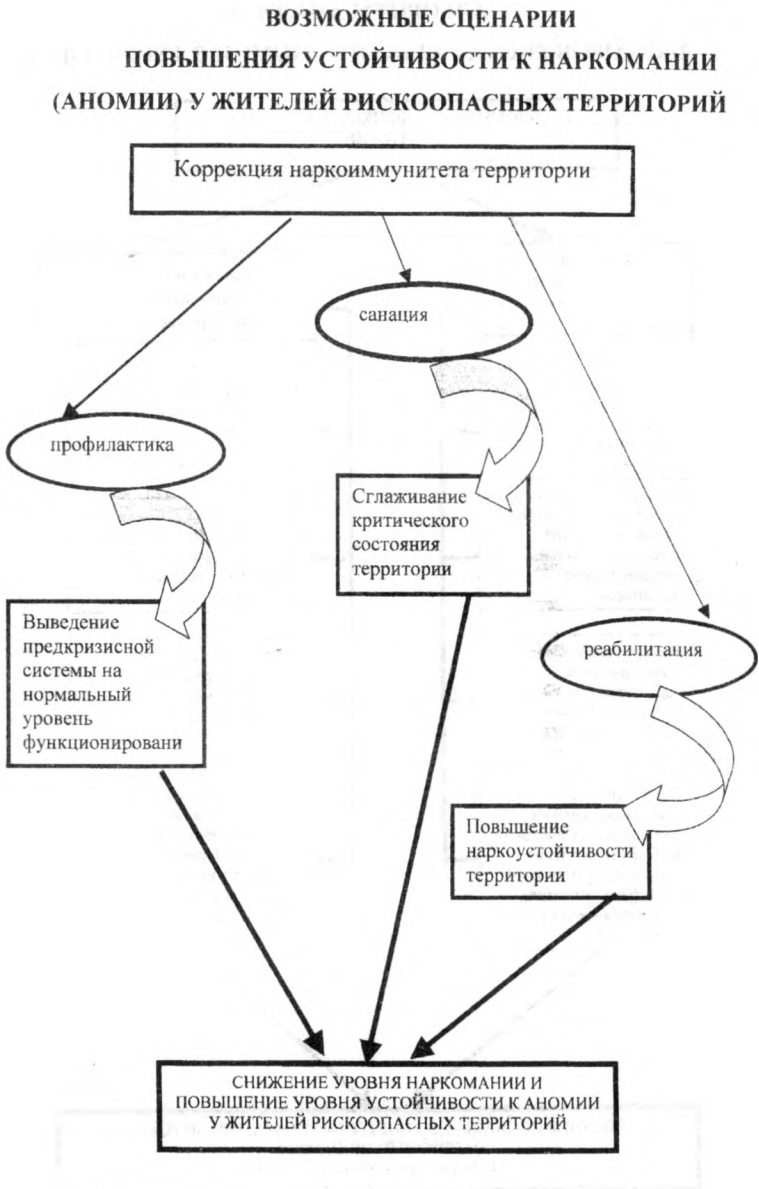
Показатели, суммированные в таблице 8, отражают предрасположенность жителей региона к восприятию и тиражированию наркозависимого поведения, а также устойчивость населения к внедрению в социуме аномальных форм зависимого поведения.

**АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ УРОВНЯ НАРКОМАНИИ  
КАК МАРКЕРА РАСПРОСТРАНЕНИЯ АНОМИИ В ТЕРРИТОРИИ**



# **АЛГОРИТМ АНАЛИЗА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АНОМИИ В ТЕРРИТОРИИ**





#### **4.3. Наркомания - инструмент**

##### **тиражирования деструктивного поведения в социуме.**

Анализ данных, опубликованных в материалах Первой конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии [81], позволяет сделать вывод, что наркомания сегодня – это не только аномальный тип поведения отдельных людей в обществе и не только способ передачи ВИЧ-инфекции внутри замкнутого сообщества маргиналов, автономного от остальных членов социума, ведущих адекватный образ жизни. Сегодня наркомания – это инструмент массового (прямого и косвенного) тиражирования деструктивного поведения в социуме, это определенный образ жизни, предрасполагающий к переносу ВИЧ-инфекции из одного социального слоя в другой, из поколения взрослых – в следующие поколения.

По мнению специалистов, принявших участие в выше названной конференции, пользователи инъекционных наркотиков (ПИН) представляют повышенную эпидемиологическую опасность для общества, так как они являются инициаторами, источниками и средством передачи ВИЧ-инфекции в нескольких сценариях социального поведения. Рискованное, с точки зрения распространения ВИЧ-инфекции, поведение ПИН подразделяют на три категории: непосредственное, косвенное и в виде снижения самоконтроля вплоть до полной его утраты.

Первый тип поведения связан с прямой передачей вируса ВИЧ через кровь в группе ПИН, употребляющих наркотики путем использования одного шприца для нескольких инъекций. Этот сценарий рискованного поведения непосредственно замкнут на относительно узкий круг пользователей наркотиков.

Второй тип эпидемиологически рискованного поведения имеет более широкие социальные круги. Он состоит в том, что ПИН, будучи наркоманами, выполняют в своей жизни и ряд других социальных ролей:

они могут быть сексуальными партнерами здоровых лиц, могут быть донорами крови и других биологических органов и тканей, могут быть беременными женщинами, вынашивающими потомство и т.д. В каждой из этих социальных ролей они могут стать источником инфицирования людей, находящихся с ними в тесном контакте. По второму сценарию ПИН могут стать участниками передачи ВИЧ-инфекции всеми тремя путями, известными сегодня медицине, а именно посредством парентерального (через кровь), полового (при сексуальных контактах) пути передачи инфекции и вертикального (от матери к ребенку – в случае последующей беременности).

Третий тип рискоопасного поведения ПИН в виде снижения уровня самоконтроля вплоть до полной его утраты чреват тем, что круг социальных контактов и характер связей, в которые при этом вступают ПИН, становится неуправляем и непрогнозируем. При пониженном самоконтроле на определенных этапах развития наркомании ПИН не только в периоды наркотического опьянения, но и вне его переходят на безответственное отношение к своему здоровью. В этих случаях не могут быть исключены эпизоды ВИЧ-инфицирования интактных по наркомании людей в результате использования единственного для всех инструментария при выполнении кустарных татуировок, инфекции через поврежденные кожные покровы при бытовых контактах, медицинских, косметических, парикмахерских услугах и пр. Единственной надежной гарантией от случайного заражения ВИЧ в этих обстоятельствах является соблюдение правил гигиены, приверженность здоровому образу жизни, четкое и тщательное выполнение всеми представителями из области медицины и сферу услуг своих профессиональных противоэпидемических обязательств.

Иными словами, в обществе риска, где рядом со здоровыми людьми существуют наркомания и ВИЧ, сохранение здоровья людей зависит, не столько от системы здравоохранения, сколько от стиля межличностной

коммуникации в обществе и от настроенности людей на самосохранительное поведение. Данный факт осознан специалистами в области социальной медицины [82, 83]. Результатом этого стали современные модели профилактики наркомании и ВИЧ-инфекции, хорошо зарекомендовавшие себя в странах с развитой экономикой (см. табл. 9).

Таблица 9.

Модели профилактики аномального поведения молодежи

Страны	Национальные модели профилактики наркоманий
США	Программа формирования <b>жизненных навыков</b> (ФЖН, LSI): развитие социальной и личностной компетентности, выработка навыков самозащиты и предупреждения возникновения проблем, обучение навыкам эффективного общения, критического мышления, адекватной самооценки, навыков избегать ситуаций неоправданного риска.
Великобритания	<b>Модель самоусиления:</b> учат процессу принятия решений по следующим стадиям: оценка проблемы, взвешивание альтернатив, обдумывание решения, твердость в осуществлении принятого решения, несмотря на отрицательное мнение окружающих.
Германия	<b>Формирование чувства принадлежности к группе:</b> чувство юмора, внутренний самоконтроль и целеустремленность, важность взаимоотношений по крайней мере с 1-м из взрослых помимо родителей, привязанность к законам и нормам общества, школы, общины, семейным стандартам, поддерживающим здоровый образ жизни.
Польша	Выработка чувства <b>независимости и ответственности</b> в игровой манере: программа «Спасибо, нет!», умение безболезненно отказаться от искушений, сформировать стойкость к предложениям попробовать наркотики. Программа под лозунгом «Отдай себя другим». Активисты движения – школьники, студенты, работающая молодежь. Программы запутивания не дали результата.
Австралия	<b>Раннее начало обучения</b> – до того, как будут усвоены общепринятые традиции употребления табака и алкоголя (дошкольный возраст). С учетом индивидуальных особенностей ученика и склада жизни его родителей вырабатывается <b>ответственности, честность, уважение к людям.</b>

Таким образом, даже как инструмент распространения ВИЧ-инфекции в обществе, наркомания проявляет себя социально значимым

недугом. Для социума риск наркомании как инструмента тиражирования ВИЧ-инфекции не однозначен. Величина этого риска варьирует в зависимости от распространенности в социуме здоровые сберегающих самосохранительных моделей поведения. Повышение уровня оптимизма и креативного отношения к собственному здоровью умягчает значимость наркомании как источника и механизма тиражирования деструктивного поведения в обществе, в том числе ВИЧ-инфекции. В последние годы по инициативе Министерства образования и науки РФ разрабатываются новые образовательные программы, направленные на формирование у школьников ответственного отношения к своему здоровью. Различие новых и прежних образовательных программ представлено в таблице 10.

Таблица 10.

Сравнение традиционных и современных программ профилактики ВИЧ.

Характеристики программы	Традиционная форма обучения профилактике ВИЧ-инфекции	Современная форма обучения профилактике ВИЧ-инфекции
Цель кураторов проектов	Дать дополнительную информацию	Научить интерактивному общению с аудиторией
Задачи учителей вузов и школ	Адаптировать специальную информацию к уровню осведомленности учеников	Привить ученикам навыки осознанных поступков и осмысленных ответственных решений
Требования к обучающимся	Воспроизвести полученные знания по запросу учителя	Научиться планировать свои поступки и отвечать за них
Алгоритм работы программы	Тиражирование специальной информации по ВИЧ/СПИДу в форме, доступной для восприятия их молодежью	Обучение молодежи навыкам самооценки, самовыражения и принятия ответственных решений в сложных жизненных ситуациях
Итоговая цель программ и проектов	Формирование знаний о сексуальной жизни и наркомании как путях передачи ВИЧ-инфекции	Формирование навыков жизни и поведения в обществе, где есть больные ВИЧ-инфекцией
Базовые лозунги программ	«Информирован – значит защищен!», «Знание – сила!»	«Есть вопросы - ищите ответы!», «Оцени степень риска», «Умей сказать – нет!», «Защити себя сам!»
Критерий эффективности программ	Объем усвоенных знаний	Надежность сформированных навыков



они могут быть сексуальными партнерами здоровых лиц, могут быть донорами крови и других биологических органов и тканей, могут быть беременными женщинами, вынашивающими потомство и т.д. В каждой из этих социальных ролей они могут стать источником инфицирования людей, находящихся с ними в тесном контакте. По второму сценарию ПИН могут стать участниками передачи ВИЧ-инфекции всеми тремя путями, известными сегодня медицине, а именно посредством парентерального (через кровь), полового (при сексуальных контактах) пути передачи инфекции и вертикального (от матери к ребенку – в случае последующей беременности).

Третий тип рискованного поведения ПИН в виде снижения уровня самоконтроля вплоть до полной его утраты чреват тем, что круг социальных контактов и характер связей, в которые при этом вступают ПИН, становится неуправляем и непрогнозируем. При пониженном самоконтроле на определенных этапах развития наркомании ПИН не только в периоды наркотического опьянения, но и вне его переходят на безответственное отношение к своему здоровью. В этих случаях не могут быть исключены эпизоды ВИЧ-инфицирования интактных по наркомании людей в результате использования единственного для всех инструментария при выполнении кустарных татуировок, инфекции через поврежденные кожные покровы при бытовых контактах, медицинских, косметических, парикмахерских услугах и пр. Единственной надежной гарантией от случайного заражения ВИЧ в этих обстоятельствах является соблюдение правил гигиены, приверженность здоровому образу жизни, четкое и тщательное выполнение всеми представителями из области медицины и сферу услуг своих профессиональных противоэпидемических обязательств.

Иными словами, в обществе риска, где рядом со здоровыми людьми существуют наркомания и ВИЧ, сохранение здоровья людей зависит, не столько от системы здравоохранения, сколько от стиля межличностной

коммуникации в обществе и от настроенности людей на самосохранительное поведение. Данный факт осознан специалистами в области социальной медицины [82, 83]. Результатом этого стали современные модели профилактики наркомании и ВИЧ-инфекции, хорошо зарекомендовавшие себя в странах с развитой экономикой (см. табл. 9).

Таблица 9.

Модели профилактики аномального поведения молодежи

Страны	Национальные модели профилактики наркоманий
США	Программа формирования <b>жизненных навыков</b> (ФЖН, LSI): развитие социальной и личностной компетентности, выработка навыков самозащиты и предупреждения возникновения проблем, обучение навыкам эффективного общения, критического мышления, адекватной самооценки, навыков избегать ситуаций неоправданного риска.
Великобритания	<b>Модель самоусиления</b> : учат процессу принятия решений по следующим стадиям: оценка проблемы, взвешивание альтернатив, обдумывание решения, твердость в осуществлении принятого решения, несмотря на отрицательное мнение окружающих.
Германия	Формирование чувства <b>принадлежности к группе</b> : чувство юмора, внутренний самоконтроль и целеустремленность, важность взаимоотношений по крайней мере с 1-м из взрослых помимо родителей, привязанность к законам и нормам общества, школы, общины, семейным стандартам, поддерживающим здоровый образ жизни.
Польша	Выработка чувства <b>независимости и ответственности</b> в игровой манере: программа «Спасибо, нет!», умение безболезненно отказаться от искушений, сформировать стойкость к предложениям попробовать наркотики. Программа под лозунгом «Отдай себя другим». Активисты движения – школьники, студенты, работающая молодежь. Программы запугивания не дали результата.
Австралия	<b>Раннее начало обучения</b> – до того, как будут усвоены общепринятые традиции употребления табака и алкоголя (дошкольный возраст). С учетом индивидуальных особенностей ученика и склада жизни его родителей вырабатывается <b>ответственности, честность, уважение к людям</b> .

Таким образом, даже как инструмент распространения ВИЧ-инфекции в обществе, наркомания проявляет себя социально значимым

недугом. Для социума риск наркомании как инструмента тиражирования ВИЧ-инфекции не однозначен. Величина этого риска варьирует в зависимости от распространенности в социуме здоровые берегающих самосохранительных моделей поведения. Повышение уровня оптимизма и креативного отношения к собственному здоровью уменьшает роль наркомании как источника ВИЧ-инфекции и механизма тиражирования деструктивного поведения в обществе. В последние годы по инициативе Министерства образования и науки РФ разрабатываются новые образовательные программы, направленные на формирование у школьников ответственного отношения к своему здоровью. Различие новых и прежних образовательных программ представлено в таблице 10.

Таблица 10.

Сравнение традиционных и современных программ профилактики ВИЧ.

Характеристики программы	Традиционная форма обучения профилактике ВИЧ-инфекции	Современная форма обучения профилактике ВИЧ-инфекции
Цель кураторов проектов	Дать дополнительную информацию	Научить интерактивному общению с аудиторией
Задачи учителей вузов и школ	Адаптировать специальную информацию к уровню осведомленности учеников	Привить ученикам навыки осознанных поступков и осмысленных ответственных решений
Требования к обучающимся	Воспроизвести полученные знания по запросу учителя	Научиться планировать свои поступки и отвечать за них
Алгоритм работы программы	Тиражирование специальной информации по ВИЧ/СПИДу в форме, доступной для восприятия их молодежью	Обучение молодежи навыкам самооценки, самовыражения и принятия ответственных решений в сложных жизненных ситуациях
Итоговая цель программ и проектов	Формирование знаний о сексуальной жизни и наркомании как путях передачи ВИЧ-инфекции	Формирование навыков жизни и поведения в обществе, где есть больные ВИЧ-инфекцией
Базовые лозунги программ	«Информирован – значит защищен!», «Знание – сила!»	«Есть вопросы - ищите ответы!» «Оцени степень риска», «Умей сказать –нет!», «Защити себя сам!»
Критерий эффективности программ	Объем усвоенных знаний	Надежность сформированных навыков

## ГЛАВА 5

### СОЦИАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ НАРКОМАНИЕЙ, ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ, ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

#### 5.1. Кризис традиционных здоровьесберегающих технологий.

Современный период характеризуется ростом наркомании и токсикомании в российском обществе, усиливающимся злоупотреблением наркотическими средствами и их незаконным оборотом. Особенную тревогу общественности вызывает «омоложение» наркомании, снижение ее нижней возрастной границы, увеличение удельного веса наркоманок – девочек – подростков, девушек. Распространение наркомании среди подростков и молодежи, опережающий рост распространенности наркомании среди женщин приобретает характер острейшей социальной проблемы. Это тем более неблагоприятно, что поражает молодой, репродуктивный возраст в условиях демографического кризиса, когда стремительно снижается уровень рождаемости населения и на лицо углубление процесса депопуляции. Данные исследований показывают, что уровень распространенности наркотизма среди мужчин превышает таковой среди женщин в 4,3 раза, но темп роста частоты распространения наркомании среди мужчин почти в 2 раза ниже. Формирование наркозависимости в этих условиях (к тому же при все большем распространении синтетических препаратов с высокой степенью наркогенной активности) продолжает волновать как общество в целом, так и каждое конкретное учебное заведение. Об этом говорят результаты последовательных социологических опросов 1997-2005 г.г. [84-103]. О несостоятельности современной системы образования и воспитания молодежи свидетельствует тот факт, что по данным Центра социологических исследований Министерства образования РФ, молодые

люди в России ежегодно тратят на приобретение наркотиков более \$ 1,5 млрд [80]<sup>23</sup>.

Сегодня повсеместно признается, что традиционная система образования находится в состоянии кризиса. При этом очевидно, что кризис системы образования лишь часть глобального цивилизационного кризиса. Нынешний этап развития цивилизации характеризуется наличием ряда кризисов: экономического, энергетического, информационного, а также обострением социальных и национальных конфликтов и увеличения распространенности деструктивных типов поведения, включая наркоманию.

Возможность успешного преодоления этих кризисов и конфликтов во многом определяется уровнем образованности и культуры общества, готовности педагогов и социологов осуществлять интерактивные формы социализации молодежи, передавать им позитивную часть жизненного опыта старших поколений, консолидируя тем самым структуру социальных отношений в социуме..

Указанная специфика развития общества диктует новые требования к образовательной парадигме: основными целями здоровьесберегающих социально-педагогических технологий становится выработка навыков самосохранительного поведения. По мнению специалистов, адекватная социализация молодежи и привитие подросткам здоровьесберегающего стиля поведения – это своеобразный процесс институционализации и интегрирования молодого поколения россиян в современную действительность; это процесс закрепления в стереотипах их жизни социальных норм, правил, статусов и ролей. Это сложный и многотрудный процесс, который состоит из нескольких этапов:

- формирование потребностей и целеполагания;
- усвоение социальных норм и правил поведения;
- применение на практике усвоенных стереотипов поведения;
- канализация вариантов поведения в одобряемом социумом направлении.

<sup>23</sup> Наркомания и регион/ Под общей ред. А.В. Стожарова. Надым, 2003. С. 36.

Каждый из названных этапов может оказаться ключевым в выборе подростком адекватного или зависимого типа поведения. Это обстоятельство выбора тем более актуально, что в современном обществе любой тип социальных отношений несет в себе ту или иную долю социально-экономической зависимости [104]. Молодым людям, не имеющим достаточного жизненного опыта, порой нелегко выбрать оптимальный уровень взаимоотношений и взаимозависимостей со сверстниками и взрослыми. Их умение принимать ответственные решения в сложных жизненных ситуациях ограничены и это является объективной основой принадлежности молодого поколения к группам риска по развитию наркомании.

**Уральский опыт** социальной работы по предотвращению развития наркомании среди молодежи обобщен в ряде сборниках научно-практических конференций [105 - 106]. Примечательно, что по мнению специалистов [107] многие из современных педагогов не в состоянии прививать молодому поколению здоровый образ жизни и оптимистичное отношение к окружающему их миру. Это связано с тем, что «еще в начале 80-х годов прошлого столетия были установлены два новых вида профессиональных заболеваний, характерных для учителей общеобразовательных учреждений, одно из которых названо выгоранием личности педагога, а другое – полураспадом предметной готовности учителя»<sup>24</sup>. В указанных обстоятельствах вклад педагогических технологий в формирование здорового образа жизни молодежи оказывается ничтожным. По мнению цитируемых авторов, традиционные дидактические приемы обучения здоровому образу жизни (ЗОЖ), составляют лишь 3% в структуре основных антропогенных факторов, формирующих отношений к миру и к своему здоровью у студентов элитных технических вузов Урала. Чуть большую роль, но также незначительную (7%) приносят усилия медицинских работников.

---

<sup>24</sup> З.И. Тюмасева с соавт., 2005. С. 3.

Наибольший удельный вес (90%) в формировании отношения студентов к своему здоровью принадлежит воздействию на личность студентов той окружающей среды и социальной обстановки, в которой реально проживают студенты.

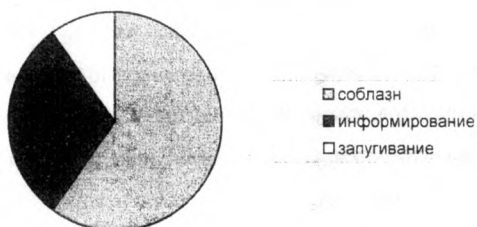
Из приведенных фактов с очевидностью следует, что сегодня уже не эффективны те технологии пропаганды ЗОЖ и профилактики наркомании (педагогические и медицинские), которые были успешны и востребованы молодежью еще 15-20 лет назад. Более того, приведенные факты доказывают, что для стабильного функционирования современного социума и для предотвращения его «скатывания» в пучину наркомании и других видов зависимого поведения, приоритетными должны быть не педагогические и медицинские, а социальные технологии управления обществом. Обоснованность этого вывода документируют цифры, приведенные в цитируемой работе. Авторы указанной работы исследовали эффективность различных мер моделирования группового поведения студентов, имеющих отношение к наркотической, алкогольной и табачной зависимостям. Они получили уникальные и поразительные, на наш взгляд, результаты (рис.11).

Установлено, что эффективность технологии запугивания имеет эффективность весьма низкие значения и достигает лишь 10% от суммарного числа проанализированных технологий работы с молодежью. Технологии индифферентной подачи информации, которые состоят в логическом обосновании вреда от психотропных веществ, излагаются спокойно, в отсутствии эмоций со стороны говорящего, оказались несколько более эффективными: их результативность достигает 30%. При этом, в несколько раз большей эффективностью (60%) обладает технология соблазна, которая подталкивает молодых людей опробовать на себе действие психотропных средств.

Иными словами, традиционные педагогические и медицинские технологии, ориентированные на пропаганду воздержания от вредных

привычек, по сравнению с «соблазняющими» технологиями окружающей социальной среды, имеют значительно менее низкую эффективность как по случаям воздействия (10% против 90%), так и по интенсивности их влияния на молодежь (40% против 60%). Очевидно, что баланс между здоровьем сберегающими и «соблазняющими» технологиями смещен в пользу последних. Следовательно, реально сложившаяся практика социализации современной уральской молодежи формирует новое поколение наркозависимых лиц, новую генерацию молодых людей, нацеленных на использование психотропных веществ (алкоголя, табака, наркотиков) как на элемент обыденной жизни взрослого общества.

**Эффективность дидактических технологий в области зависимого поведения**



**Эффективность социальных факторов в формировании ЗОЖ студентов**

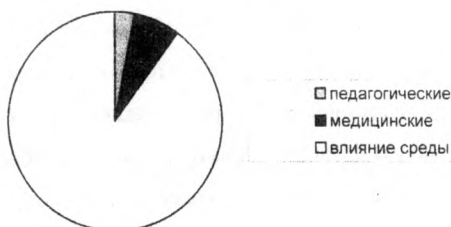


Рис. 11. Роль различных технологий социализации в формировании здоровьесберегающих технологий у студентов вузов Урала.



Примечательно, что позитивные технологии, технологии создания социального оптимизма среди молодежи совсем не были учтены в цитируемом исследовании. Возможно, это было сделано не случайно, в связи с тем, что технологии формирования социального оптимизма в современном российском обществе еще не нашли своего должного применения и не разработаны адекватно реальной ситуации.

Более того, в России на рубеже 20-21 веков сформировалось новое социальное явление, которое можно назвать **скрытой рекламой** наркотиков или теневой социальной рекламой. Оно состоит на сегодняшний день из двух взаимодополняющих блоков: из «соблазняющей» и из «поощряющей» рекламы.

«Соблазняющие» технологии социальной рекламы заостряют внимание молодежи на существовании в обществе психотропных веществ (алкоголя, табака, наркотиков) и инициируют прямо или косвенно первый наркотический опыт молодежи.

«Поощряющие» технологии скрытой социальной рекламы зависимого поведения включают в себя объявления о медицинских и психотерапевтических методах лечения наркомании. Многие из них побуждают читателя сменить один вид зависимости на другой: алкогольный, табачный, наркотический и пищевой в виде повышения веса - на зависимость от врача, психотерапевта и назначаемых ими психотропных препаратов. Данный вид скрытой социальной рекламы исключает из картины мира молодежи тот факт, что любые виды зависимого поведения возникают от неумения жить в реально сложившихся обстоятельствах, строить свою жизнь сообразно возникшим условиям и эффективно общаться с людьми в режиме реального времени. Иными словами, позитивно решая задачу информации людей о возможных методах лечения зависимостей, подобного рода реклама скрыто рекрутирует новую генерацию лиц в ряды тех, кто не умеет, не хочет и не планирует строить свои отношения с социумом.

Оба варианта скрытой социальной рекламы способствуют формированию группового и коллективного сознания, нацеленного на иждивенческий стиль поведения. Это отягощает социум дополнительным числом лиц, ориентированных на рентный сценарий жизни, создает предпосылки для снижения социальной активности и уменьшения социальной мобильности членов общества. В итоге снижает конкурентоспособность данного социума и части его членов в конкуренции на рынке трудовых ресурсов, понижает престижность рабочей силы данной территории и, как бы обозначили данное явление специалисты в области социальной экономики, способствует падению гудвилла экономики данной территории.

Необходимо отметить, что описанная ситуация теневой пропаганды зависимого поведения путем легальной активной рекламы лечения от зависимостей осознана специалистами<sup>25</sup>. В Российской Федерации головным учреждением по разработке здоровьесберегающих технологий в системе Министерства образования и науки РФ обозначен уникальный отечественный вуз, имеющий статус культурного наследия России – Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана. В 1996 г. в МГТУ им. Н.Э. Баумана приказом ректора был организован центр «Валеология», который в 1997 г. стал сектором кафедры «Биомедицинские технические системы и устройства». В 1998 г. создан новый факультет – факультет «Биомедицинская техника». В том же году в его составе организована «Лаборатория психологической поддержки студентов», а в 2002 г. – «Лаборатория психофизиологических исследований и профориентации». В настоящее время На биомедицинском факультета МГТУ им. Н.Э. Баумана функционирует четыре лаборатории, занимающиеся разработкой здоровьесберегающих технологий: помимо двух названных, еще «Научно-исследовательская лаборатория», «Учебно-методическая и информационно-аналитическая

---

<sup>25</sup> <http://www.bmstu.health.bmstu.ru>

лаборатория». В настоящее время работа по данному направлению интегрируется в созданном на базе МГТУ ИМ. Н.Э. Баумана Учебно-методическом центре «Здоровьесберегающие технологии и профилактика наркоманий». Одной из основных задач здоровьесберегающих программ, разрабатываемых МГТУ им Баумана, являются программы выявления скрытой наркотической рекламы.

Сохраняя определенный уровень оптимизма, отметим, что феномен низкой эффективности прямой рекламы ЗОЖ и высокий эффект от скрытой (теневой) рекламы наркотиков осознан не только отечественными, но и зарубежными специалистами. Именно поэтому сегодня предлагаются к внедрению новые формы педагогической и социальной работы с молодежью, обеспечивающие преемственность здорового образа жизни в поколениях и нацеленных на формирование оптимизма у молодежи [108, 109]. С этой же точки зрения примечательные слоганы, заголовки статей и призывы, фигурирующие последнее время в студенческой печати УГТУ-УПИ. Вот некоторые из них: оздоровительно-информационная акция в УГТУ-УПИ (ноябрь-декабрь 2005 г.) прошла под лозунгом «Выбирай здоровое будущее!»<sup>26</sup>; статья в молодежной газете «Студик» на тему конкурентоспособности и трудоустройства студентов была озаглавлена достаточно оптимистично «Что будет завтра, сегодня зависит от тебя»<sup>27</sup>; интервью ректора УГТУ-УПИ С.С. Набойченко газете «За индустриальные кадры» вышло с рефреном «Самое главное – человеческий фактор, или **«Будьте здоровы и разумны!»**»<sup>28</sup>

<sup>26</sup> Отдел по внеучебной работе со студентами ГОУ ВПО УГТУ-УПИ. (343)375-95-65

<sup>27</sup> Газета «Студик», (343)378-07-66. studik@bk.ru

<sup>28</sup> «За индустриальные кадры», № 25 (6436), 3 октября. 2006. С.8. (343)375-47-70. zik@mail.ustu.ru

## 5.2. Исследование моделей поведения студентов – основа эффективных технологий профилактики наркомании.

Среди социологических исследований стереотипов поведения студентов, выполненных сотрудниками кафедры социологии и социальных технологий управления УГТУ-УПИ, некоторые заслуживают особого внимания в связи с темой профилактики зависимостей у молодежи. Одно из них – социологическое исследование «Студент УГТУ-УПИ: отношение к наркомании в молодежной среде», выполненной осенью 2002 г. Ниже приводятся основные результаты данного социологического опроса.

В ходе выполнения названного исследования было опрошено 302 студента УГТУ-УПИ. Данное исследование продолжило серию работ в указанном направлении. Оно позволило определить динамику отношения студенчества к наркомании и степень эффективности антинаркотической профилактической работы в университете и, соответственно, скорректировать основные направления этой работы на перспективу. С целью обеспечения сопоставимости и сравнимости результатов в исследовании 2002 года были в основном выдержаны параметры выборки исследования 1999 года.

Исходной в анализе социальных проблем студенческой наркомании является самая общая характеристика – отношение молодого человека к наркомании. Ответы на этот вопрос представлены в таблице 11.

Таблица 11.

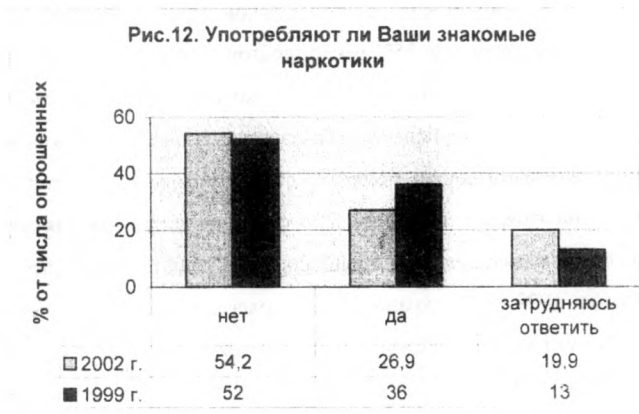
Как относятся студенты УГТУ-УПИ к наркомании в молодежной среде?  
(в % к числу ответов).

№	Отношение:	1999 г.	2002 г.
1	Осуждаю- последствия наркомании трагичны	66	61,3
2	Нейтрально – это дело каждого	11	16,4
3	Для себе – не допускаю, для других – свое мнение не навязываю	18	18,3
4	Сегодня она – достаточно распространенное явление	4	-
5	Не могу сказать определенно	1	4

Продолжает тревожить сохранение определенного числа студентов, нейтрально относящихся к употреблению наркотиков.<sup>1</sup> Сегодня четкое осмысление трагических последствий наркомании присуще лишь 3 из каждых 5 студентов. И это уже сигнал тревоги, хотя применительно к любому другому феномену или процессу такое большинство могло бы оцениваться как «подавляющее». Каждый пятый – как и в предыдущем опросе – «не допуская для себя лично» употребление наркотиков, не считает возможным «навязывать» свое мнение другим. Подобный подход как бы дополняет (и увеличивает) долю респондентов, занимающих нейтральную позицию в этом вопросе или просто фиксирующих широкое распространение наркомании в молодежной среде. В целом такой нейтралитет характерен для 35% респондентов (треть!?). На фоне общего роста толерантности в отношении к наркотикам, в среде молодежи женщины традиционно больше осуждают наркоманию, чем мужчины. Но есть один настораживающий момент – студентки несколько чаще своих однокурсников избирают позицию: «Для себе – не допускаю, для других – свое мнение не навязываю». За прошедшие три года подтвердился вывод исследования 1999 г. о сохраняющейся толерантности к употреблению наркотиков студентами, проживающих в общежитии. Поскольку сегодня социальный контроль над ними (со стороны и родителей, и преподавателей) заметно ослаблен, их излишняя «самостоятельность» в сочетании с излишней терпимостью в отношении к наркоманам и употреблению наркотиков превращает эту группу студентов в «группу риска». Важнейший вывод исследования: в центре внимания профилактической антинаркотической работы со студентами должны быть сегодня не только наркоманы, не менее значимо разрушить «нейтралитет» по отношению к наркомании у остальной части студентов (особенно – студенток). Такой «нейтралитет» оказывается нередко созвучным с демократическими установками студенчества – свобода личности, неправомерность какого-либо вмешательства в личную,

интимную жизнь. Тем не менее важно отметить положительную тенденцию. При сохранении определенного числа студентов, нейтрально относящихся к употреблению наркотиков, увеличивается число студентов, относящихся к наркотикам резко негативно. Очевидно, сказываются результаты как активной пропагандистской работы в вузе, так и общие мировые тенденции, в русле которых быть наркоманов – это «непрестижно».

Интимность проблемы борьбы с наркоманией определила и специфику инструментария опроса – использована методика «взгляд со стороны».

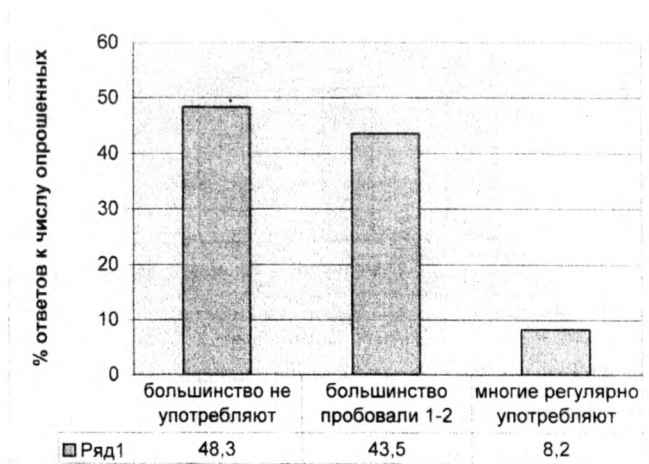


В целом заметны – пусть в масштабах одного вуза – обнадеживающие моменты. В 1999 г. каждый третий студент УГТУ-УПИ отметил, что его «знакомые» (как правило, такие же молодые люди, студенты, хотя и не только они) употребляют наркотики. В 2002 г. их доля сократилась – аналогичное мнение высказал уже лишь каждый четвертый. Однако, было бы крайне опасным преувеличивать эти данные. Во-первых, серьезно возросло и число студентов, уклонившихся от ответа (вполне вероятно, что за этим – не только неосведомленность, но и отмеченный выше «нейтралитет»). Во-вторых, и это главное, можно поставить и вопрос: «С чем сравнивать?». Уровень потребления

наркотиков в масштабе страны рассматривается специалистами – экспертами как угрожающий генофонду нации, если 5% ее населения употребляют наркотики. В России этот процент в настоящее время выше. Тем большее внимание следует уделять элитной части молодежи – студенчеству. В сопоставлении с таким критерием картина распространения наркотиков в студенческой среде остается (и применительно у УГТУ-УПИ) неутешительной. Чаще всего опрошенные отмечают, что их знакомые употребляющие наркотики, относятся к числу студентов из семей с достаточно высоким (по их самооценкам) уровнем материального благополучия.

В исследовании 2002 г. с помощью методики «взгляд со стороны» была предпринята попытка оценить степень и уровень распространенности наркомании в студенческой среде (см. рис. 13).

**Рис.13. Оценка студентами степени распространности наркомании в их среде (опрос 2002 г.)**



Субъективные оценки студентов близки к выводам экспертов: половина студентов вообще не имеет опыта употребления наркотиков, 6-8% находятся в устойчивой наркозависимости. Особого внимания

заслуживают те 40-50%, у кого такой опыт есть, но пока еще не сформировалась наркозависимость.

В современных условиях многие стремятся скрыть сам факт употребления и тем более злоупотребления наркотиками. Примечательно, что на прямой вопрос анкеты 2002 года: «Употребляешь ли ты наркотики?», ответили утвердительно лишь 7% студентов УГТУ-УПИ. Совпадение данных, полученных по сходным методикам, позволяет говорить об их близости к реальности. А это означает: ныне в большей или меньшей мере в устойчивой зависимости от наркотиков находятся 5-7% студентов. Применительно к наркомании иллюзии «малых чисел» не должны срабатывать.

Мотивацию обращения студентов к наркотикам достаточно четко характеризуют ответы на вопрос: «Чем для них является наркомания?». Спектр ответов на этот вопрос представлен на рисунке 14.

**Рис. 14. Ответы студентов на вопрос: "Чем является наркомания?"**



Важнейший момент — осмысление социальной значимости и опасности наркомании: треть респондентов видит в ней общественную проблему. Такой подход может стать предпосылкой для более активного привлечения части студенчества к антинаркотической, профилактической работе и преодоления отмеченного выше «нейтралитета» (безразличия?!) многих студентов к наркомании своих сверстников.



На втором месте по частоте ответов- понимание наркомании как болезни. Именно «привыкание», психофизиологическая зависимость от наркотиков может характеризовать степень укорененности наркомании в социуме. В данном случае уже явно недостаточно информации об опасности употребления наркотиков, основная тяжесть профилактической работы должны в этом случае переноситься на обоснование возможности преодолеть эту зависимость, «слезть с иглы».

И тут предстоит преодолеть еще один миф, отягощенный «катастрофической» окраской подачи многих материалов в рамках антинаркотических компаний. Суть этого мифа – неизлечимость наркомании, невозможность преодолеть ее как болезнь, особенно на стадии сформированной зависимости. Было бы неверно трактовать эту проблему облегченно, считая возможность такого преодоления легким делом. Кстати, и это тоже миф, мешающий более эффективно организовать работу с наркоманами. И лучше руководствоваться принципом современной медицины: наркомания – тяжелая, опасная социальная болезнь, но она чаще всего излечима во взаимодействии медиков и больных (при наличии у них желания и готовности лечиться) в условиях благоприятного, комфортного социального окружения. В профилактике должно главенствовать не запугивание молодых людей, а пропаганда положительных сторон здорового образа жизни, формирование чувства удовольствия от спортивных занятий, общения с природой. Большую роль в профилактике играет привлечение к работе самих студентов и, в частности, подготовка волонтеров по программе «Равный обучает равного».

Ответы респондентов о сущности наркомании выявили и позитивный момент. Лишь немногие из них (1 из каждых 8) согласились с мнением, что наркомания – это образ жизни.

Исследование 2002 года подтвердило выводы исследования 1999 года, что студенты имеют достаточно ясное представление о степени

распространенности наркотиков в их среде. Здесь показателен ответ на вопрос о мерах, необходимых для того, чтобы помочь человеку избавиться от наркотической зависимости. Из перечня, предложенного респондентам в предыдущем опросе, была исключена «материально-финансовая поддержка». С одной стороны, это было связано с незначительным числом респондентов, отмечавших эту меру (менее 5%). С другой стороны, - исследование 1999 года выявило: наркомания практически не очень связана с материальным положением семей студентов. Употребление или неупотребление студентами наркотика, а также его отношение к наркомании и оценка её мотивов не зависят от уровня обеспеченности респондента. Тем самым наркомания на уровне индивида в своей основе – скорее явление биосоциальное, нежели финансово-экономическое.

Большинство студентов выбрали в качестве основной меры, позволяющей избавиться от наркозависимости, медицинскую помощь (за три года ее значимость возросла с 31% до 37,7%). Медико-психологические методы воздействия на личность и поведение наркоманов более значимы для студенток. В оценке двух других мер произошло определенное изменение: моральная поддержка вышла на второе место (удельный вес отметивших эту меру как значимую немного увеличился – с 22% до 24%) и несколько обогнал потребность в помощи профессионального психолога (число отметивших эту меру снизилось – с 27% три года назад до 21,4% в опросе 2002 г.). О моральной поддержке в борьбе с наркотиками чаще в своих анкетах говорят студенты. Без особых изменений (и по рангу, и по числу, отметивших данную меру) осталось мнение о необходимости изменить отношение общества к наркоманам. Чаще других этот момент отмечался студентами-мужчинами. Общество действительно должно измениться, должно точнее определиться, что такое наркомания: социальная болезнь или девиантное поведение? Если болезнь, то излечима она или нет? Если девиантное поведение, то как с

ним бороться? Характерен факт из практики антиалкогольной пропаганды в вузах города, когда в некоторых из них появились листовки-обращения II съезда бывших наркоманов «Наркомания излечима!», на ряде листовок от руки перед словом «излечима» было вписано слово «не».

И все-таки в главном, существенном, структура мер (и, соответственно, ориентаций студентов о направленности борьбы с наркоманией) осталась неизменной. Большинство из них вполне осознают реальную опасность наркотиков и знакомы с их воздействием на организм человека. И на такое понимание (результат серьезной профилактической работы администрации и общественных организаций вуза) необходимо опираться. Опирайтесь и идти вперед. Направление движения во многом определяют ответы самих респондентов о мерах профилактики наркомании – непосредственно в УГТУ-УПИ. На первый лан вышли две основные, по мнению студентов, профилактические меры: жесткое пресечение распространения наркотиков на территории вуза и студгородка (хотя за три года число, уповающих на эту меру, несколько сократилось – с 32% до 27,5%, она удержала первое место) и необходимость уделять больше внимания организации студенческого досуга и спорта (число, отметивших эту меру, значительно возросло – с 15% до 24,7%). Фактически неизменными оказались оценки роли адресной психотерапевтической помощи (в опросе 1999 г. ее отметили 22%, в 2002 г., включая и телефон доверия, 22,4%).

С учетом мнения студентов, не считающих особенно эффективными такие меры, как семинары и тренинги, а также информационная, просветительская работа, необходимо серьезная переориентация структуры, форм и направлений первичной профилактики наркомании в вузе. Чтобы выбрать адекватные формы работы с молодежью, надо иметь в виде прогноз развития наркомании в образовательной сфере.

Какими же могут быть перспективы развития наркомании в студенческой среде? В этих оценках целесообразнее исходить из

распространенности в этой среде нейтрального отношения к наркомании, что свидетельствует об определенной степени привыкания к проблеме, переходу ее в разряд повседневных, привычных, а потому не столь уж и страшных. В связи с этим можно прогнозировать, что такое отношение будет в дальнейшем распространяться. Нейтральная позиция у респондентов по отношению к проблеме наркомании весьма последовательна: они не хотят участвовать в работе организаций, пытающихся остановить распространение наркотиков; не готовы участвовать в профилактических мероприятиях в вузе; в ситуации, когда в их присутствии употребляют наркотики, они предпочитают не обращать внимание, не противодействовать этому. Они поддерживают идею легализации легких наркотиков, видят в наркомании особый стиль жизни, полагают, что от наркомании можно вылечиться самостоятельно. Следовательно, складывается образ молодого человека (даже тинэйджера), для которого не всякое употребление наркотиков – девиация, собственный опыт они не идентифицируют с наркоманией как социальным злом, зависимостью, болезнью. Представители этой группы студентов больше других прогнозируют рост употребления наркотиков в среде студентов в будущем. Поскольку чаще всего, давая прогнозы, человек исходит из собственного опыта, то можно предположить, что они имеют в виду увеличение количества людей, имеющих эпизодический опыт употребления легких наркотиков.

Полученные ответы еще раз подчеркивают то важное обстоятельство, что наркотики, алкоголь, компьютерные, азартные игры и т.п. – лишь средство иллюзорного решения глубинных конфликтов личности человека, истоки которых кроются в неспособности и неумении молодых людей удовлетворять, а зачастую, и осознавать собственные витальные потребности.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данные, изложенные в книге, позволяют утверждать, что наркомания, как один из вариантов социально-экономической зависимости, является облигатным элементом структурирования социума и одним из способов интегрирования в самоорганизующуюся систему, обладающую способностью регулировать свои численные и структурно-функциональные показатели. Наркомания, как социально-экономическое явление, взаимосвязана с объективными закономерностями биосоциальной адаптации людей, их сценариями жизни и групповыми моделями коммуникации. В силу объективности этих взаимосвязей, сам процесс наркотизации общества также не случаен. Он синхронизирован с периодами торможения скорости эволюции человечества по пути научно-технического развития и реализуется в моделях вероятностных немарковских процессов на общем фоне поступательного движения цивилизации в сторону информационного общества.

С учетом объективности отмеченных явлений, процесс распространения зависимого поведения в обществе подчинен определенным закономерностям, параметры которых можно рассчитать, исходя из фонового состояния общества, скорости преобразования в нем научно-технических и социально-экономических парадигм, а также пространственно-географических характеристик изучаемых территорий.

Неоднородность наркомании как явления, в общем случае, описывается следующим алгоритмом.

1. В пространственном плане гетерогенность наркомании соответствует делению территорий по промышленно-технологическому признаку,
2. В хронологическом аспекте длительность циклов наркомании в территориях соотносится с периодами социального и экономического развития территории;

3. В эпидемиологическом плане уровень экспрессии наркомании в социуме встроен в волны деструктивного поведения людей. следует за пиками физической ауто- и гетероагрессии и предшествует эпидемиям ВИЧ-инфекции в обществе.
4. Потенциальная эффективность социально-педагогических технологий первичной профилактики зависимого поведения в социуме определяется возможностью педагогов оптимистично смотреть в будущее и их умением на невербальном уровне передавать позитивное отношение к жизни следующему поколению.

Завершая данную книгу, хотелось бы вспомнить высказывания двух людей, вошедших в историю человечества как безусловных оптимистов – Пьера де Кубертена и Марка Аврелия. Первый из них, Пьер де Кубертен, был инициатором возрождения олимпийских игр в современной истории человечества и на их открытии в 1896 г. произнес фразу, ставшую впоследствии знаменитой: «Самое главное в олимпийских играх не победа, а участие, так же, как в жизни самое главное не триумф, а борьба». Второй, Марк Аврелий, римский император и стоик, живший в начале первого тысячелетия нашей эры (121-180) написал философские сочинения «Наедине с собой», в которых он утверждал следующее. «Искусство жизни больше напоминает искусство борьбы, нежели танцев. Оно требует готовности и стойкости в отношении к внезапному и непредвиденному»<sup>29</sup>. Как мы видим, стойкость к внезапному и непредвиденному, также как оптимизм и готовность к борьбе за жизнь передаются как эстафетная палочка в веках на разных этапах развития человечества. В истории человеческой цивилизации эти жизнеутверждающие качества оказывались до сих пор более стойкими и победоносными, чем кратковременные эпизоды склонности к зависимому поведению. Надеемся, так будет и впредь!

---

<sup>29</sup> Марк Аврелий. Калининград: ФГУИПП «Янтарный сказ», 2004. С. 21.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гиляревский С.А., Тарасов К.Е. Диалектический материализм и медицинская диагностика. М.6 Медицина, 1973. 246 с.
2. Классики русской медицины о действии алкоголя и алкоголизме: Избранные труды / Сост. В.С. Воробьев. М.: Медицина, 1988. 304 с.
3. Колесов Д.В. Эволюция психики и природа наркотизма. М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2000. 400 с.
4. Международный журнал социальных наук, 2002, № 36-37. Наркотрафик: экономические и социальные аспекты. С. 3-107.
5. Методика расследования незаконных операций с наркотиками: Научно-практическое пособие для следователей и оперативных работников правоохранительных органов / С.В. Войцеховский, Г.И. Грамович, Л.Н. Калинин и др.; Под ред. д-ра юрид. наук, проф. Н.И. Николайчика. Мн.: Харвест, 2003. 224 с.
6. Билибин Д.П., Дворников В.Е. Патология физиология алкогольной болезни и наркоманий: Учеб. пособие. М.: Изд-во УДН, 1991. 104 с.
7. Вальдман А.В.: Бабаян Э.А., Звартау Э.Э. Психофармакологические и медико-правовые аспекты токсикоманий. М.: Медицина, 1988. 288 с.
8. AIDS, drugs and prevention: Perspectives on individual and community action / Edited by Tim Rhodes and Richard Hartnoll. London and New York, 1996. 240 p.
9. Станп Д. География жизни и смерти / Пер. с англ. С.Л. Бляхера. М.: Изд-во «Прогресс», 1967. 160 с.
10. Талалаева Г.В. Геокультурные особенности распространения болезней цивилизации на современном Урале Национальные культуры Урала: самобытность, история и перспективы взаимодействия. Мат-лы региональной науч.-практ. конф. Екатеринбург, 2005. С. 152-160.

11.Г. Селье

12. Равич-Щербо И.В., Марютина Т.М., Григоренко Е.Л.  
Психогенетика: Учебник. М.: Аспект, 1999. 447 с.

13. Куклин А.А., Талалаева Г.В., Калина А.В., Гурбан И.А.  
Технология оценки наркоиммунитета территории как индикатора ее  
экономической безопасности // Современные наукоемкие технологии.  
2004. № 2. С. 133-135. [www.rae.ru](http://www.rae.ru)

14. Талалаева Г.В. Исследование биосоциального поведения людей с  
помощью моделей популяционной экологии // XIX съезд  
физиологического общества им. И. П. Павлова: Материалы, 19-24 сент.  
2004 г., Екатеринбург. Екатеринбург, 2004. С. 213-214.

15. Ширэ М. Введение: наркоторговля, организованная преступность  
и государственная политика по борьбе с наркотиками. Международный  
журнал социальных наук. 2002. № 37. С. 7-16.

16. Иванец Н.Н., Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Васильев Ю.Н.  
// Вопросы наркологии, 1996. № 3. С. 80-85.

17. Пятницкая И.Н. // Вопросы наркологии, 1995. № 1. С. 85 – 91.

18. Пятницкая И.Н. // Вопросы наркологии, 1995. № 3. С. 75 – 94.

19. Фрезер Д.Д. Фольклор в Ветхом Завете. М. 1989.

20. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Г., Хайман С.Е.  
Наркология. М.; СПб., 1998.

21. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. СПб, 1998.

22. Спектор С.И., Богданов С.И. Наркомания в Свердловской  
области. История, современное состояние, прогноз. Екатеринбург: Изд-во  
Урал. ун-та, 2003. 300 с.

23. Сенцов В.Г., Спектор С.И., Богданов С.И. Наркомания в США  
М.; Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2004. 168 с.

24. Талалаева Г.В., Рогачева Т.В. Некоторые социально-  
психологические последствия участия в экстремальных ситуациях  
Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от



экологических и техногенных катастроф. / Мат-лы VI Междунар. конф. Минск, 1999. С.192.

25. Вишневский Ю.Р.....

26. Почепцов Г.Г. Информационные войны. М.: «Рефлбук», К.: «Ваклер». 2000. 576 с.

27. Первая конференция по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. Сб. мат-лов. Москва, 15-17 мая 2006 г., М., 2006. 308 с.

28.В.П. Самохвалова «Психический мир будущего» (1998)

29.и в книге Р.А. Уилсона «Квантовая психология» (1999).

30. Чарльз М. Становление и деятельность организованной преступности в Бомбее. Международный журнал социальных наук. 2002. № 37. С. 17- 26.

31.Залуар А. Насилие в Рио-де-Жанейро: способы проведения досуга, употребление наркотиков и наркоторговля. Международный журнал социальных наук. 2002. № 37. С. 27-38.

32.Мингарди Г. Деньги и международная торговля наркотиками в Сан-Паулу. Международный журнал социальных наук. 2002. № 37. С. 39-48.

33.Мачадо Л.О. Бассейн Восточной Амазонки и кока-кокаиновый комплекс. Международный журнал социальных наук. 2002. № 37. С. 49-59.

34.Шененберг К. Новые сферы преступной деятельности в регионе бразильской Амазонки Международный журнал социальных наук. 2002. № 37. С. 61-71.

35.Ланьель Л. Наркотики в Южной Африке: обычный бизнес. Международный журнал социальных наук. 2002. № 37. С. 73-82.

36.Жеффрэ К. Введение: наркоторговля и государство Международный журнал социальных наук. 2002. № 37. С. 83-90.

37.Залуар А. Насилие, легкие деньги и справедливость в Бразилии: 1980-1995 гг. Международный журнал социальных наук. 2002. № 37. С. 91-98.

38.Жеффрэ К. Бразилия: наркоторговля в федеральном штате Рондония. Международный журнал социальных наук. 2002. № 37. С. 99-107.

39.Фабр Г. Государство, коррупция и криминализация в Китае. Международный журнал социальных наук. 2002. № 37. С. 109-117.

40. Наркоиммунитет региона: социально-экономический и медико-биологический аспекты / Федер. Служба РФ по контролю за оборотом наркотиков, Мин-во здрав. и соц. Развития РФ, Центр. Науч.-исслед. Ин-т организации и информатизации здравоохранения, РАН, уРо Ин-т экономики; под ред. В.И. Стародубова, А.И. Татаркина. М.: ЗАО «изд-во «Экономика», 2004. 324 с..

41.Быстрай Г.П., Комаровская А.А., Тетяев П.Е. Объемы теневой экономики в обороте наркотиков в УрФО // Мат-лы научнoу конф. «Теневая экономика: Проблемы диагностики и нейтрализации» / ИЭ УрО РАН, Екатеринбург, 2004 .

42.Спектор С. И., Талалаева Г.В., Штейн Ю.К. Наркомания с позиций доказательной медицины // Госпитальный вестник. 2004. N 3 [4]. С. 19-23.

43.Спектор С. И., Талалаева Г.В., Штейн Ю.К. Экспресс-диагностика методом «РОФЭС» предрасположенности уральцев к наркозависимому поведению. Методические рекомендации. Екатеринбург, 2004. 29 с.

44.Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). М.: Изд-во Медпрактика, 2000. 122 с.

45.Erich Goode. Drugs in American society. Third Edition. McGraw-Hill Publishing Company. New York, 1989. 321 p.

46. Аллергия и иммунопатология (иммунные механизмы формирования, принципы терапии) // Под ред. проф. Г.В. Порядина, М., ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. 282 с

47. Павлов Б.С., Талалаева Г.В. Наркотизация молодежной среды как социально-биологическая проблема в регионе (на примере городов и поселений Урала). Екатеринбург: Ин-т экономики УрО РАН, 2004. 64 с.

48. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия – СПб.: Питер, 1997. 336 с. (Серия «Мастера психологии»).

49. Российский статистический ежегодник, 2003. С. 136-144, 161-174.

50. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. 1 т. 672 с. 2 т. 528 с. (рекомендовано для перевода д.м.н. В.Н. Красновым, зам. директора НИИ психиатрии МЗ РФ, по изданию Wilams & Wilkins, 1988).

51. Ворошилин С.И., Канарский И.Н., Ружников Ю.Н., Трифонов Б.А., Хальфин Р.А. Опыт создания областного объединенного центра психиатрической, наркологической и психотерапевтической помощи / Вопросы общей и пограничной психиатрии. Сб. науч. тр. Уральской государственной медицинской академии. Под ред. проф. Б.А. Трифонова и доц. С.И. Ворошилина. Екатеринбург, 1995. С. 49-53.

52. Нойбауэр Х. Децентрализованная психиатрическая помощь в крупном городе Германии / Вопросы общей и пограничной психиатрии. Сб. науч. тр. Уральской государственной медицинской академии. Под ред. проф. Б.А. Трифонова и доц. С.И. Ворошилина. Екатеринбург, 1995. С. 53 – 57.

53. Annual report on the state of the drugs problem in European Union // European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg, 1998. P. 15-39.

54. Reuband K.-H. // European addiction research. 1995. Vol. 1. P. 32-41.

55.Борде Ф. // Наркостоп: Ежеквартальный бюллетень ЮНЕСКО в Европейской комиссии. Февраль 1998. Вып. 1-2. С. 4-7.

56.Груле Г., Юнг Р., Майер-Гросс В., Мюллер М. Клиническая психиатрия. М., 1967. С. 221-222, 230, 237, 241-242, 244-245.

57.Anderson K. Молодые люди и алкоголь, наркотики и табак // Региональные публикации ВОЗ. Европейская серия № 66. 1998.

58.Бориневич В.В. Наркомании (клиника и лечение морфинизма, кодеинизма, опиоманий и других опийных наркоманий). М., 1963

59.Богданов С.И., Павловская Г.П. // Здравоохранение Башкортостана.1999. № 4. Урал. мед. обозрение. 1999. № 2 (совмест. вып.). С. 19-23.

60.Алмазов Б.Н., Грицаенко П.П., Ружников Ю.Н. Социальные и правовые аспекты профилактики наркозависимости. Екатеринбург, 1999 (прилож. К журн. «Юридический вестник»)

61.Талалаева Г.В., Диянов Д.Н. Наркотизация как аномальная форма социализации молодежи // Социализация личности в XXI веке: Мат-лы межрегион. науч.-практ. конф., посвященной 75-летию проф. В.Д. Семенова // Отв. ред. Л.Л. Рыбцова, И.Е. Левченко. Екатеринбург: Уральский институт социального образования, 2005. С. 215-220.

62.Ленин В.И., соч., 4 изд., т.18, с. 406.

63.Малая советская энциклопедия. Изд-во «Советская энциклопедия», 1960. Т.8. с. 802.

64. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М.: «Педагогика», 1989. 101 с.

65.Талалаева Г.В. Пространственно-временные закономерности распространения болезней адаптации в регионах с антропогенной нагрузкой // Естествознание и гуманизм. Сб. науч. работ. Томск, 2005. Т.2. № 3. С. 44-47.

66.Талалаева Г.В. Соловьев К.С. Социально-биологический паразитизм и хищничество: существуют ли они в современном обществе?

// Современные наукоемкие технологии, 2005. №9. С. 33. Веб-сайт РАЕН [www.rae.ru](http://www.rae.ru).

67.Талалаева Г.В. Проблема общего и частного в анализе феномена адаптации человека и наркомании // Философия: вызов современности. К 40-летию философского факультета Урал. гос. ун-та; Мат-лы междунар. науч.-практ. конф. / Под. ред. А.В. Перцева; сост. В.И. Кудрявцева. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2005. С. 150-154.

68.Талалаева Г.В. Феномен разнообразия наркозависимого поведения // Организация работы по профилактике зависимостей от психоактивных веществ в вузах: опыт, проблемы, перспективы». Мат-лы науч.-практ. конф. Екатеринбург: ООО «Изд-во УМЦ УПИ», 2005. С. 114-116.

69.Талалаева Г.В. Диянов Д. Н. Роль муниципальных образований в построении антинаркотической среды обитания человека // Сб. мат-лов междунар. конф. «Управление антинаркотической работой в муниципальном образовании: опыт, проблемы и перспективы» / Под общ. ред. М.Н. Матвеева. Екатеринбург: Изд-во «Архитектон», 2005. С. 73-74.

70.Регионы России. Социально-экономические показатели. Стат. сб. / Госкомстат России. М., 2003.

71.Хронический алкоголизм. Ураков И.Г., Куликов В.В. М.: «Медицина», 1977. 166 с.

72.Квинн В. Прикладная психология. СПб.: Изд-во «Питер», 2000. 560 с. (Серия «Учебник нового века»).

73.Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: Десятый пересмотр. Женева: Медицина, 1995.

74.Стороженко О.Н., Царькова Е.А., Лесняк О.М. Хроническая распространенная боль в теле: частота в популяции и связь с состоянием депрессии. Сб. Трудов Свердловского областного общества терапевтов, посвященный 70-летию создания. Екатеринбург, 2001. С. 62-66.

75.Hunt I.M., Silman A.J., Benjamin S. et al. The prevalence and associated features of chronic widespread pain in the community using the "Manchester" definition of chronic widespread pain. *Rheumatology (Oxford)* 1999 Mar; 38 (3): 275-9.

76.Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных / Под ред. Р.Я. Вовина (СССР), Г.-Е. Кюне (ГДР) (Совместное издание СССР-ГДР). М.: Медицина, 1989. 288 с.

77.Талалаева Г.В., Рогачева Т.В. Деструктивные модели функционирования как одна из основ репродуктивной функции в условиях пролонгированного социально-экологического стресса. Мат-лы I Международной конференции «Хроноэкология репродуктивной функции» и IX Международной конференции «Эколого-физиологические механизмы адаптации». М.: Изд-во Российского университета дружбы народов. 2000. С. 184-185.

78.Мажура Н.В. Особенности здоровья детей и подростков из социопатических семей, находящихся в реабилитационном центре. Автореф. дисс. на соискание степени канд. мед. наук: Екатеринбург, 2001. 21 с.

79.Талалаева А.С., Талалаева Г.В. Отношение уральских студентов к своему здоровью: ценностные установки и реальный стиль жизни / Мат-лы X Международного симпозиума «Эколого-физиологические проблемы адаптации». М.: Изд-во Российского университета дружбы народов, 2001. с. 514-515.

80.Наркомания и регион. М.Ш. Абдрахманов, А.В. Артюхов, В.А. Ерченко и др. Под общей ред. канд. социолог. наук А.В. Стожарова. Надым: Изд-во Научно-исследовательский центр «Горизонт- М», 2003. 200 с.

81.Первая конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. Сб. материалов. Москва, 15-17 мая 2006г. М., 2006. 308 с.

82.Менделевич В.Д. Наркомании и коморбидные состояния. М., 2003.

83.Профилактика наркомании: российский и международный опыт. Сборник материалов. Екатеринбург: Уральский Фонд Социальных Инноваций, 2004. 292 с.

84.Агеносов А.В., Боронина Л.Н., Вишневский Ю.Р. и др. Валеологическая культура студента. Информационно-аналитический отчет по материалам социологического опроса студентов УГТУ (декабрь 1997 – январь 1998 г.) Екатеринбург, 1998. 35 с.

85.Руденко Г.Г., Муртозаев Б.Ч. Формирование рынков труда: Учебное пособие / Под ред. проф. Ю.Г. Одегова. М.: Изд-во «Экзамен», 2004. 416 с.

86.Голубець М.А. Вступ до геосоціосистемології. Львів: Поллі, 2005. 199 с.

87.Управление человеческой репродукцией и инновационным развитием: Мат-лы Первых Екатеринбургских научных чтений 21 февраля 2006 г. Часть 2. Проблемы управления персоналом и человеческой репродукцией. Отв. за вып. проф. И.В. Лаврентьева. Екатеринбург-Москва, 2006. 144 с

88.Будущее высшего образования глазами студентов. Тез. межвузовской студенческой науч. конф. Екатеринбург, 17 октября 2005 г. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2006. 42 с.

89.Каюров П.А. Статус «фиктивной онтологии»: референция и вымышленная реальность. Автореф. дисс. на соиск. уч. степени канд. философ. наук. Екатеринбург, 2005. 24 с.

90.Козлова И.В. Ценностные предпочтения молодежи ССУЗов в социокультурном пространстве современной России. Автореф. дисс. на соиск. уч. степени канд. социолог. наук. Екатеринбург, 2005. 22 с.

91.Хабаров Л.В. Социальная адаптация участников региональных вооруженных конфликтов. Автореф. дисс. на соиск. уч. степени канд. философ. наук. Екатеринбург, 2005. 20 с.

92.Пяткова Е.А. Социальная адаптация трудовых мигрантов из Средней Азии. Автореф. дисс. на соиск. уч. степени канд. социолог. наук. Екатеринбург, 2005. 22 с.

93.Кучиц Т.В. Девиации в социокультурном поведении подростков. Автореф. дисс. на соиск. уч. степени канд. социолог. наук. Екатеринбург, 2005. 23 с.

94.Матвеева А.И. Социальная адаптация молодых специалистов в системе образования современного российского общества. Автореф. дисс. на соиск. уч. степени канд. социолог. наук. Екатеринбург, 2005. 24 с.

95.Федотова Л.П. Управление профессиональным обучением персонала. Учебное пособие. Екатеринбург: ГОУ ВПО УГТУ-УПИ, 2005. 76 с.

96.Гольдшмидт Е.С. Особенности функциональной асимметрии мозга у учащихся в зависимости от социально-педагогических условий. Автореф. дисс. на соиск. уч. степени канд. биолог. наук. Томск, 2005. 24 с.

97.Бастракова Н.С. Проблема детерминации жизненного пути человека в учении Л. Зонди. Автореф. дисс. на соиск. уч. степени канд. философ. наук. Екатеринбург, 2004. 25 с.

98.Полухина М.В. Профессиональная идентификация студенчества. Автореф. дисс. на соиск. уч. степени канд. социол. наук. Екатеринбург, 2006. 22 с.

99.Наркотики и молодежь в северном городе: опыт социологического исследования. Екатеринбург – Надым: Ин-т экон. УрО РАН, НИЦ «Горизонт-М», 2000. 118 с.

100. Тез. докл. региональной конф. молодых ученых и специалистов. Ч. III. Оренбург: Издательский центр Оренбургского гос. аграрного ун-та, 1998. 204 с.



101. Внеучебная работа со студентами в УГТУ-УПИ: опыт, проблемы, перспективы. Тез. докл. УПШ науч.-практ. конф. Екатеринбург: Изд-во АМБ, 2005. 345 с.

102. Организация работы по профилактике зависимостей от психоактивных веществ в вузах: опыт, проблемы, перспективы. Екатеринбург: ООО «Издательство УМЦ УПИ», 2005. 147 с.

103. Оздоровление средствами образования и экологии: Мат-лы Всерос. науч.-практ. конф. по оздоровлению подрастающего поколения, 2-4 февраля 2005 г. Челябинск / Гл. Ред. В.В. Латышин; Отв. за вып. З.И. Тюмасева. Челябинск: Изд-во ГОУ ВПО «ЧГПУ», 2005. 227 с

104. Балабанова Е.С. Социально-экономическая зависимость: теория, история, современность: Монография / Науч. ред. З.Х. Саралиева. Нижний Новгород: Изд-во Нижегородского ун-та им. Н.И. Лобачевского, 2004. 269 с.

105. Студенчество и наркомания: пути решения проблемы. Тез. докл. региональн. науч.-практ. конф. Екатеринбург: ГОУ ВПО «УГТУ-УПИ», 2003. 253 с.

106. Профилактика наркомании: российский и международный опыт. Сб. Мат-лов. Екатеринбург: Уральский Фонд Социальный Инноваций, 2004. 292 с.

107. Тюмасева З.И., Орехова И.Л., Мишарина В.С. и др. Модель оздоровительной работы со студентами в педагогических вузах в аспекте их готовности к здоровьесберегающему образованию // Мат-лы Всерос. науч.-практ. конф. по оздоровлению подрастающего поколения. Челябинск: Изд-во ГОУ ВПО «ЧГПУ», 2005. С. 3-17.

108. Профилактика наркомании – приоритет воспитательной работы в образовательных учреждениях. М., 2006. 56 с.

109. Программы комплексного психолого-педагогического сопровождения учебного процесса в образовательных учреждениях. СПб: НПФ «Амалтея», 2005. 16 с.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Аннотация</b> .....	3
<b>Введение</b> .....	4
<b>Глава 1. Исторические аспекты наркомании</b> .....	6
1.1. Наркомания как предмет научного анализа .....	6
1.2. Отечественная медицина и естествознание об алкоголизме, наркомании и борьбе с зависимым поведением. ....	15
1.3. Наркотические войны как проявление социальной сущности наркомании. ....	22
1.4. Наркобизнес как самоорганизующаяся система .....	33
<b>Глава 2. Социальные аспекты наркомании</b> .....	43
2.1. Наркомания как предмет маркетинговых исследований. ....	43
2.2. Современные теории наркомании. ....	47
2.3. Соотношение биологического и социального в структуре зависимого поведения человека. ....	64
2.4. Наркологическая служба как социальный институт .....	73
<b>Глава 3. Экономические аспекты наркомании</b> .....	77
3.1. Технологический прогресс, экономические волны и динамика наркоманий в территориях. ....	77
3.3. Экономические предпосылки развития наркомании. ....	90
<b>Глава 4. Медицинские аспекты наркомании</b> .....	103
4.1. Вариабельность проявлений болезней зависимого поведения .....	103
4.2. Предрасположенность россиян к применению психотропных средств. ....	111
4.3. Наркомания – инструмент тиражирования деструктивного поведения в социуме .....	122
<b>Глава 5. Социальные технологии управления наркоманией, здоровье сберегающие технологии, первичная профилактика зависимого поведения</b> .....	126

5.1. Кризис традиционных здоровьесберегающих технологий. . . . .	126
5.2. Исследование моделей поведения студентов – основа эффективных технологий профилактики наркомании. . . . .	134
<b>Заключение . . . . .</b>	<b>143</b>
<b>Список литературы . . . . .</b>	<b>145</b>
<b>Оглавление . . . . .</b>	<b>156</b>
<b>Приложения: примеры применения материалов книги в учебном и методологическом процессе. . . . .</b>	<b>158</b>
1. Наркомания как фактор распространения ВИЧ/СПИДа (14 стр.). . .	159
2. Разнообразие зависимого поведения у современной молодежи (25 стр.) . . . . .	173
3. Биосоциальная безопасность: современные аспекты (12 стр.) . . . .	198
4. Геокультурные особенности распространения болезней цивилизации на современном Урале (14 стр.) . . . . .	210
5. Привлекательность семьи – забота поколений (8 стр.) . . . . .	223
6. Здоровьесберегающие технологии в УГТУ-УПИ (11 стр.) . . . . .	231
7. Биология и медицина в XXI веке (9 стр.) . . . . .	242

## **ПРИЛОЖЕНИЯ:**

**примеры применение материалов книги в учебном и  
методологическом процессе**

# **НАРКОМАНИЯ КАК ФАКТОР РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ/СПИДА**

**©, Талалаева Г. В.**

доктор медицинских наук,  
ведущий научный сотрудник ИЭРИЖ УрО РАН,  
профессор кафедры социологии и социальных технологий  
управления ГОУ ВПО УГТУ-УПИ

**[gvtal@ipae.uran.ru](mailto:gvtal@ipae.uran.ru)**

## **План лекции:**

- 1. Наркомания – не половой путь передачи ВИЧ.**
- 2. Наркомания как социально значимая болезнь.**
- 3. Наркомания как аномальная форма адаптации.**
- 4. Наркомания как образ жизни.**
- 5. Варианты проявления наркомании в обществе.**

## **Наркомания и риск заражения ВИЧ**

### **1. Передача ВИЧ через кровь – прямой способ заражения.**

Кровь инфицированного человека содержит большое количество вирусов и является чрезвычайно опасной при попадании ее в кровь другого человека.

### **2. Пути передачи ВИЧ-инфекции с участием ПИН - потребителей инъекционных наркотиков:**

- Парентеральный (через кровь);
- Половой (при последующих контактах);
- Вертикальный (от материк ребенку – в случае беременности)

### **3. Рискованное поведение ПИН:**

- Непосредственное употребление наркотика в группе с нарушением кожных покровов и передачи инфекции в кровяное русло;
- Косвенное: наркотическое опьянение с утратой контроля за своим поведением и вступлением в беспорядочные половые контакты с практически неизвестными партнерами;
- Снижение уровня самоконтроля вплоть до его тотальной утраты вне периода наркотического опьянения - переход на безответственное отношение к своему здоровью; использование единственного для всех инструмента для выполнения кустарных татуировок, случаи передачи ВИЧ-инфекции через поврежденные кожные покровы при бытовых контактах и пр.

## **Рискованное поведение и ситуации, связанные с возможностью парентерального заражения ВИЧ**

1. **Инъекционное введение наркотиков в группе ПИН** (заразиться можно вне зависимости от стажа наркомании и числа предыдущих инъекций).
2. **Использование после кого-то нестерилизованных инъекционных игл и шприцев, жидких наркотиков.**
3. Использование после кого-то нестерилизованных инъекционных игл для **прокалывания ушей и нанесения татуировки** и других инструментов (вирус долго сохраняет свою жизнеспособность на открытом воздухе, но внутри иглы, шприца, растворов может сохраняться достаточно долго).
4. **Проведение медицинских процедур** нестерильными инструментами (вирус ВИЧ погибает при нагревании и обработке дезинфицирующими растворами, целесообразно использование одноразового инструментария).
5. **Переливание крови, ее компонентов, пересадка органов и тканей,** зараженных ВИЧ (с 1985 г. вся донорская кровь, сперма и внутренние органы подлежат проверке на наличие ВИЧ; а зараженные – немедленному уничтожению).



## **Выводы о возможности парентерального пути заражения ВИЧ-инфекции посредством наркомании**

- Парентеральный путь передачи ВИЧ-инфекции является достаточно распространенным.
- Наркомания - одна из самых рискованных форм поведения, способных привести к парентеральному заражению ВИЧ-инфекцией.
- Единственный возможный способ избежать этого риска – **быть свободным от зависимости.**

## **Виды профилактики парентерального заражения ВИЧ**

*Коллективная* – проводится во многих странах мира и в России; состоит в:

- обеспечении медицинских учреждений инструментов и шприцами одноразового пользования,
- контроле за препаратами крови,
- мерами обеспечения жесткого противозидемического режима.

*Личная профилактика ПИН:*

- использовать только стерильные инструменты;
- использовать только индивидуальное инъекционное оборудование.

*Другие меры безопасности*

- при прививках, внутривенном использовании лекарственных средств, препаратов крови и т.п. требовать применения одноразовых шприцев и систем одноразового пользования;
- при проведении манипуляций в парикмахерских, косметических салонах при бритье, маникюре и педикюре требовать обеззараживания инструментов.

*Проблема донорства* – доноры не подвергаются риску заражения, т.к. при заборе биоматериалов используются одноразовые инструменты, которые потом подвергаются утилизации. Донорские материалы проходят проверку на ВИЧ.

## Особенности ВИЧ-инфекции у ПИН

1. Приверженность лечению (длительный прием антивирусных препаратов и выполнение всех рекомендаций врачей, предусмотренных международным стандартом лечения) выполняются не более  $\frac{1}{2}$  больных ВИЧ. Среди больных ВИЧ, относящихся к группе ПИН, этот процент меньше, а отклонений от режима лечения - больше. ПИН характеризуются «хаотичным образом жизни» и «отсутствием чувства времени», необходимого для правильного регулярного приема антивирусных препаратов (данные специального исследования ООН, 2001).
2. Уровень изменчивости вируса ВИЧ достоверно различен в разных группах больных: он достоверно выше у ПИН, чем у лиц, не имеющих наркотического анамнеза в связи с этим устойчивые к медикаментозному лечению формы ВИЧ-инфекции чаще формируются в среде ПИН (Липецк).
3. Доля ПИН среди инфицированных ВИЧ: Кыргызстан – 80% от общего числа за весь период эпидемии; Литва – 87%.
4. Доля ПИН, приверженных лечению: Канада – 40%; страны Африки – до 90% (Vanconver, 1997)

# Протоколы по лечению и уходу для ВИЧ-инфицированных ПИН (ВОЗ, 2006)

- комплексные программы для ПИН;
  - программы снижения вреда;
  - доступ к заместительной терапии;
  - равный доступ к АРВТ.
- 

Справка 1. К 2005 г. в мире инфицировано ВИЧ 60 млн чел., умерло 25 млн, ежегодно вновь инфицируются 5 млн, умирают 3 млн. Численность ВИЧ+ растет.

Справка 2. ПИН-ВИЧ(+) имеют средний возраст начала приема наркотиков и средний стаж использования наркотиков

- в Ереване 23 года и 10 лет;
- в Липецке 15 лет и 5 лет.

# Этапы эпидемии ВИЧ-инфекции в России

(по данным Н.А. Должанской, 2006 )

1. циркуляция вируса в среде ПИН; основной путь передачи инфекции - парентеральный;
2. Циркуляция вируса в среде ПИН с расширением путей передачи инфекции + половой и вертикальный пути передачи (вовлечение женщин и детей в число инфицированных);
3. Выход инфекции за пределы сообщества людей, сопричастных к ПИН; основные пути передачи инфекции – половой и вертикальный.

## Выход инфекции за пределы среды ПИН – 2002-2003 г.г.

Справка. В России в 2005 г. ВИЧ(+) = 331 тыс. чел., из них:

Больных СПИДом = 1384 чел. (0,4% от числа ВИЧ+),

Умерли от СПИДа = 990 чел. (0,3% от числа ВИЧ+).

## Восприятия наркомании и ВИЧ-инфекции в конце XX – начале XXI в.в.

Оценка ситуации	Стиль поведения здоровых	Коллективная атмосфера в обществе
ВИЧ и наркомания – <u>пандемии</u> , чума XX века, болезни не зависящие от нас	<u>спасайся!</u>	<u>паника</u> , неуправляемое поведение людей
ВИЧ и наркомания – <u>социальные</u> болезни, их ход определяется групповым поведением людей	<u>береги себя!</u>	веди себя <u>ответственно!</u> шанс быть здоровым и риск заболеть управляемы

**Жизнь – не право, а возможность,  
за которую надо бороться  
и которую надо получить!**

**Если Вы боролись за свою жизнь –  
значит Вы будете жить!**

(Из обращения ВИЧ-инфицированного активиста волонтерского движения ЛЖС Франции к участникам акции памяти о тех, кто погиб от СПИДа; Москва, май 2006 г.)

# Наркомания и образ жизни

## Исследования ЮНЭЙДС в Армении

(500 опрошенных в возрасте 18 лет):

- опыт потребления наркотиков **7,9%** от числа опрошенных,
  - в том числе инъекционным путем **2,7%**;
  - живут половой жизнью **25,5%**;
- из живущих половой жизнью практикуют безопасный секс **64%**;
- Среди **ПИН** количество ВИЧ(+) **менее 10%**  
(в 2002 г. 15%, в 2005г. – 9,3%);
- Среди **РКС** количество ВИЧ(+) **менее 3%**  
(во весь период с 2002 г. по в 2005 г.).

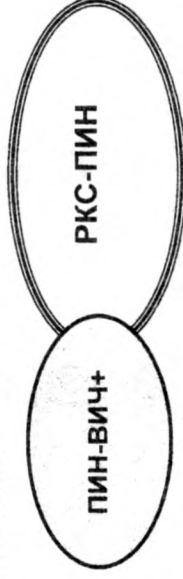


# Сексуальное поведение ПИН-ВИЧ+

## Исследования ЮНЭЙДС в Литве (2002-2006 г.г.):

- 61% имели секс спорадически; 24,5% часто;
- 65% имели стабильного партнера в течение года;
- 33,3% - случайных (из них 11,2% практиковали защищенный секс);
- коммерческий секс имели 17% женщин и 8% мужчин.

Для сравнения - среди **РКС** используют алкоголь дома и на работе 70%; наркотики — 32% опрошенных.



## Чувствительность групп риска к профилактическим мероприятиям

Группы опрошенных	практикуют безопасный секс (% от числа опрошенных в группе )		
	2002 г.	2005 г.	Прирост за 2002-2005 г.г.
ПИН	25	44	+19
РКС	48	64	+16
МСМ	18	30	+12
Молодежь	33	64	+31

ПИН – пользователи инъекционных наркотиков; РКС – работники коммерческого секса; МСМ – мужчины, имеющие секс с мужчинами

# **РАЗНООБРАЗИЕ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ**

**©, Талалаева Галина Владленовна**

доктор медицинских наук,  
ведущий научный сотрудник

Институт экологии растений и животных  
Уральского отделения Российской академии наук,  
профессор кафедры социальной антропологии и психологии  
Уральский технический университет – УПИ,  
член международной ассоциации «Врачи Чернобыля»,  
**[qvta1@ipae.uran.ru](mailto:qvta1@ipae.uran.ru)**.

Екатеринбург, 2005.

## **ВВЕДЕНИЕ**

- **Быстро** меняющаяся **среда** обитания активизирует стрессовые реакции человека,
- **Стрессированные люди** чаще проявляют аномальные формы адаптации, в том числе зависимое поведение,
- **Варианты** и **исходы** **зависимого поведения** также многообразны, как и сама адаптация.

## ЧТО ВКЛЮЧАЕТ ЗАВИСИМОСТЬ?

**Психоактивным веществом (ПА)** считается такое, прием которого приводит иногда к нарушению сознания или психики. Это: лекарственные средства, микстуру, настойки, а также растения, которые с древних времен используются людьми.

В США ПА подразделяются на 3 группы:

- 1) разрешенные законом, однако находящиеся под контролем или облагаемые налогом (например, алкоголь, табак);
- 2) разрешенные законом, выдаваемые по предписанию врача (такие как диазепам, барбитураты);
- 3) запрещенные законом (марихуана, героин).

**Все** психоактивные вещества могут стать источниками злоупотребления, неправильного употребления и развития психологической и физической зависимости.

Грань между легальными и нелегальными ПА – не в их фармакологических различий и не в особенностях психологических потребностей, которые они удовлетворяют.

Водораздел - в том, какое поведение социальное поведение допустимо в данном обществе, а какое – нет.

### Определение терминов.

В 1964 г. Всемирная организация здравоохранения предложила использовать для обозначения наркомании вместо недостаточно научного термина «addition» («добавление») термин «drug dependence» («зависимость от вещества»).

Термин «addition» обозначает:

- психическую зависимость и поисковое поведение в отношении наркотика,
- толерантность и физическую зависимость, из-за которых субъект не может прекратить употребление наркотиков,
- соматические и психические нарушения, наступающие вследствие продолжительного злоупотребления психотропными веществами.

Толерантность - это необходимость значительного (не менее чем на 50%) увеличения дозы препарата для достижения желаемого эффекта при многократном употреблении наркотика.

В DSM-III-R термин **«psychoactive substance use disorders»** («расстройство вследствие употребления психоактивных веществ») включает в себя:

**A. Неправильный прием:**

- невозможность уменьшить или прекратить прием;
- пребывание в течение всего дня в состоянии интоксикации;
- употребление запрещенных законом средств почти ежедневно в течение по крайней мере одного месяца;
- наличие вспышек, связанных с передозировкой или интоксикацией, сопровождающихся нарушением психической деятельности.

**Б. Нарушение здоровья:**

- нарушение соматических функций,
- социальной или
- профессиональной деятельности, связанные с употреблением этих веществ,
  - в т.ч. применение насилия,
  - утрата друзей,
  - прогулы,
  - потеря работы или
  - нарушение закона).

## ПОЧЕМУ ЗАВИСИМОСТЬ РАЗНООБРАЗНА?

- Причины обращения к психотропным веществам.
- Поводы обращения к психотропным веществам.
- Условия социальной среды, на фоне которых проявляется зависимое поведение.
- Исторические условия, формирующие отношение общества к зависимому поведению.
- Уровень развития промышленности и биомедицинских технологий, определяющие спектр веществ, к которым формируется зависимость.
- Особенности конкуренции на рынке труда и борьбы за экономические ресурсы, определяющие особенности наркотических войн человечества.



## **ИСТОРИЧЕСКИЙ РАКУРС:**

В XX веке - **3 волны** мировых эпидемий наркомании.

1. Первая - эпидемия морфинизма после 1-й мировой войной (1910-1920 г.г.). **Солдатская болезнь.**
2. Вторая – героиновая. После 2-й мировой войны (пик совпал с 1950 г.) **Солдаты и молодежь.**
3. Третья – эра стимуляторов (началась с 1970-х г.г.).

Сопровождает эпоху развития постиндустриального информационного общества. **От элиты и изгоев - ко всем слоям общества.**

## **Особенность современной России -**

активная структурной перестройки хозяйственного комплекса.

1. Массовый всплеск деструктивных моделей поведения.
2. Значительно и молниеносно по историческим меркам снизилось качество народонаселения промышленных территорий. Это резко понижает конкурентоспособность уральцев на рынке труда.
3. Цикличность деструктивных изменений в биосоциальном поведении людей соответствует 5-7 годам. Критические точки в развитии данного процесса повторяются с интервалом в 3 – 3,5 года.
4. Расслоение общества не по экономическому признаку, но по стратегиям адаптации. Формируются устойчивые и чувствительные когорты людей. Расслоение молодежи на лица с деструктивной и сохраняющей моделью поведения идет в соотношении **1 : 3**. На биосоциальном уровне конкурентно способными на рынке труда в условиях новой экономики окажутся не более 10% современных уральских тинэйджеров.
5. Снижение качества народонаселения происходит за счет расстройств адаптации, которые не отражаются в демографической и медицинской статистике без специального мониторинга. Число диагнозов на одного ребенка при обычном, углубленном и специальном обследовании детей: 2,17 – 5,52 – 10,46.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕОРИИ НАРКОМАНИИ**

По Erich Goode из книги «Наркотики в американском обществе» (1989):

- **биологические теории,**
- **психологические теории и**
- **социологические.**

Теории различаются по той последовательности, в которой они ранжируют факторы, влияющие на предрасположенность человека к наркомании.

**Биологические теории** постулируют врожденную предрасположенность человека или групп людей к зависимому поведению.

**Генетически** могут быть обусловлены :

- уровень устойчивости к токсическим дозам психоактивных средств,
- наступление психологической зависимости от малых доз наркотиков,
- также как и способность переносить высокие дозы алкоголя,
- неодинаковая способность метаболизировать психоактивные вещества,
- деструктивному поведению во время пьянства и др.

**Генетическая предрасположенность** модифицируется психологическими факторами и конкретными условиями окружающей среды. Может проявляться в разных масштабах: на уровне отдельного индивида, групп людей в популяции, этнических и расовых особенностей предрасположенности к зависимому поведению. Низкая толерантность к алкоголю проявляют 40% детей, рожденных в семьях алкоголиков против 10% их сверстников, рожденных от здоровых родителей.

**Метаболическая теория** предложенная Vincent Dole, Marie Nyswander (1965, 1980), рассматривает пристрастие к героину как болезнь обменных процессов наподобие сахарного диабета. Подтверждается тем, что стресс и гормональный дисбаланс, нарушая метаболические процессы в организме человека, у ряда людей усиливают и ускоряют формирование зависимого поведения.

**Социологические теории** рассматривают наркоманию с четырех позиций:

- (1) как результат социального обучения;
- (2) как признак дефицита социального контроля у человека и его отказа от выполнения социальных ролей и правил;
- (3) как субкультуру некоторых слоев населения;
- (4) как своеобразный вид социализации и межличностного общения.

В популяции американцев по данным 1985 г.:

- среди жителей США 12-ти лет и старше 37% имели опыт употребления нелегальных психоактивных средств;
- около 70 миллионов американцев употребления нелегальных психоактивных средств;
- 37 миллионов употребляли психоактивные вещества в течение последнего года перед опросом,
- 23 миллиона – в течение последнего месяца.
- 51% опрошенных школьников употребляют марихуану.

## СООТНОШЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО В СТРУКТУРЕ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

(Из учебника по психогенетике, изданном под редакцией И.В. Равич-Щербо, (1999), рекомендованного для студентов университета и пединститутов).

### Результаты работ по генетике поведения:

- генетическая детерминированность интеллекта составляет 40-60%,
- академической успешности 50%,
- специфических когнитивных способностей 30-50%,
- креативности 25%.

### Результаты социологического опроса, Лондонский университет (1985 г.):

- отношения к роли наследственных факторов не одинаково у представителей различных политических партий;
- сторонники коммунистической партии оценивают вклад наследственности в психические способности и в психологические проблемы человека выше, чем сторонники либеральной партии:  
соответственно 48% и 58% против 35% и 48%.

## Экономические Предпосылки Развития Наркомании

Число наркоманов в территории определяется двумя основными параметрами:

- потребностью людей употреблять наркотики и
- их способностью платить за приобретение наркотиков.

С экономической точки рост наркомании в территории является также косвенным показателем того, что:

- жители данной территории находится в состоянии хронического стресса,
- удельный вес людей трудоспособного возраста, не востребованных экономической структурой данного региона, увеличивается,
- население данной территории обладает определенным уровнем платежеспособности

Рост преступности, связанной с наркотиками, указывает на истощение финансовых возможностей у основных потребителей наркотиков и на ограничение их платежеспособности.

Какие же предпосылки в экономической жизни общества способствуют нарастанию количества стрессированных лиц, не востребованных экономикой территории по месту их постоянного жительства? «Лишних людей»?

### **Зависимое поведение и агрессивность**

**СМИ:** тема подается в разделе криминальной хроники, отмечается связь наркобизнеса с теневыми структурами и уголовными элементами, распространяющими наркотики в территориях.

**Специальная литература:** демпфирующая роль психоактивных веществ как факторов, уменьшающих агрессию (эксперименты Тэйлора с соавт., 1976, 1985; книга «Агрессия», Р. Бэрон, Д. Ричардсон, 1997).

- Мужчинам вводили большие или малые дозы активных ингредиентов марихуаны или алкоголя, после чего сообщали, что испытываемые имеют возможность наказать другого испытываемого ударом электрического тока. Марихуана в малых дозах не меняли агрессию, в больших – подавляет. Алкоголь: усиливает агрессию, и чем больше была доза алкоголя, тем больше выражена агрессия.

### **Актуальность агрессию для общества рыночной экономики:**

- 4% пожилых американцев – жертвы насилия со стороны членов своих семей;
- 16% детей сообщают, что их избивают братья и сестры;
- 30% людей, состоящих в браке, подвергаются насилию со стороны супругов;
- ежегодно в США совершается более 20 тысячи убийств и свыше 1 млн. преступлений с применением насилия.



### Агрессия в российской действительности

В интервале с 1985 по 1990 годы отмечался всплеск социальной агрессии среди жителей РФ в виде изменения пропорции между гетеро- и аутоагрессией (между количеством убийств и самоубийств).

До 1985 года самоубийства преобладали над убийствами в 3-4 раза, после 1990 года эта пропорция снизилась до 1,8-1,3;

За 30 лет (с 1970 по 2000 г.г.) темпы роста аутоагрессии составили 29,1%, а темпы роста гетероагрессии 329,2%, то есть были на целый порядок выше.

В 1990-95 г.г. произошел перелом в социально-экономическом статусе россиян. Произошла замена доминирующей государственной формы собственности на равное представительство государственной и частной. В это же время появился новый для РФ феномен: в структуре безработицы кроме традиционной когорты молодых людей 20-24 лет появилась когорта безработных зрелого возраста (34 - 39 лет)

Отмеченный феномен подчеркивает расширяющуюся невостребованность для экономики граждан России, не только молодых людей, не имеющих профессионального опыта, но и стажированных работников. В 1999-2001 годах в Свердловской области резко возросло число городов, имеющих всплеск первичной, а через в 2001-2002 годах и всплеск общей заболеваемости наркоманий.

### **Актуальность дезадаптивного поведения у россиян.**

Российско-германский обзор (15 лет по 1981 г. включительно) показал:

- депрессией страдают 3-4% от численности населения земного шара;
- кратковременные эпизоды депрессии испытывают 15% населения;
- хроническая форма регистрируется у 15% всех депрессивных больных;
- в XX веке удельный вес ригидных депрессий увеличился с 5% до 28%.

Исследования специалистов г. Екатеринбург:

хроническая боль в теле – косвенный признак депрессии – распространен в 2 раза чаще среди россиян, чем среди жителей Великобритании и других стран Западной Европы: в 37,9% случаев против 10-15% в контроле

Российские специалисты с 90-х г.г. отмечают:

- рост числа больных депрессией;
- изменение свойств депрессии – увеличение затяжных и ригидных депрессий, устойчивых к лечению обычными препаратами).

**Для этих людей депрессия не изолированный эпизод жизни, а стиль самой жизни.**

## **БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОРТРЕТЫ ЛЮДЕЙ**

**Мнение психофармакологов:** устойчивая депрессия – это не низкое качество медицины, а биохимическая индивидуальность больных.

**Мнение российских специалистов:** потребность в психотропных веществах у жителей России за 20 лет резко возросла.

### **Мнение американских специалистов:**

- Каждый год в США выписывается около 1 млрд 400 млн рецептов более чем на 10 тыс. различных химических веществ.
- Около 20% из этого числа приходится на психоактивные средства – транквилизаторы, седативные средства, снотворные, стимуляторы и обезболивающие (анальгетики).
- Половина всех больных, страдающих хроническим болевым синдромом, употребляет от одного до пяти видов болеутоляющих средств, и у 25% из них развивается зависимость к какому-либо из этих средств.
- Около 15% американцев испытывают проблемы, связанные с наркотиками и алкоголем, затраты на которые составляют более 110 миллиардов долларов в год (В. Квинн, «Прикладная психология»).

**БИОХИМИЧЕСКИ обусловлен ТЕМПЕРАМЕНТ личности**  
(Психобиологическая модель индивидуальности С.Р. Клонингера)

**4 модели поведения:**

- **Избегание ущерба**  
(серотониновая система медиаторов)
- **Поиск новизны**  
(дофаминовая система медиаторов)
- **Зависимость от награды**  
(норадреналиновая система медиаторов)
- **Упорство**

Соответственно: harm avoidance,  
novelty seeking,  
reward dependence,  
persistence

## СТРУКТУРА ПСИХОАКТИВНЫХ СРЕДСТВ, используемых американцами.

- Среди лиц, когда-либо употреблявших психоактивные средства, Алкоголь  
Сигареты  
Марижуана  
лекарственные средства и  
героин соотносятся между собой, как **86 : 76 : 33 : 6 : 1.**
- Лекарственные препараты, принимаемые не по медицинскому назначению и без рекомендации врача составляют пропорцию:  
Транквилизаторы к  
анальгетикам и к  
седативным средствам как **9 : 8 : 7 : 6.**
- Внутри группы наркотиков соотношение между  
марижуаной,  
кокаином,  
галлюциногенами и  
героином составляет **33 : 12 : 7 : 1.**

## Психологические теории и факторы

**Отношение родителей:** значимым фактором является не разрушение семьи само по себе; им является борьба родителей между собой, отвергнутость родителями, раннее помещение в интернаты, неправильное воспитание с очень жесткой дисциплиной, частая смена воспитателей и незакономержденность.

**Социокультурная теория деструктивного поведения:** дети, находящиеся в тяжелых социально-экономических условиях, не могут достигнуть определенного статуса и материального благополучия законным путем. Они вынуждены прибегать к социально неодобряемым способам. И это является нормальным и допустимым в условиях социально-экономической депривации, поскольку дети придерживаются ценностей своей собственной субкультуры.

Согласно **психодинамической теории**, дети неосознанно пытаются отреагировать на антисоциальные желания своих родителей.

**Роль темперамента:** многие отклонения в поведении вначале представляют собой прямую реакцию на несоответствие между темпераментом и эмоциональными потребностями ребенка, с одной стороны, и отношением к нему родителей, с другой.

НЕ отсутствие ЛЮБВИ, а ощущение, ЧТО ЕЕ не хватает.

**Варианты индивидуального стремления  
к любви и к риску**

- **Личность типа А** – Характерно стремление к соперничеству и СОПЕРНИЧЕСТВУ И НЕТЕРПИМОСТЬ
- **Личность типа Б** – Характерно спокойствие и уравновешенность

-----

- **Личность типа «t»** – личность, избегающая острых ощущений
- **Личность типа «Т»** - личность, ИЩУЩАЯ ОСТРЫХ ОЩУЩЕНИЙ

## Расстройство поведения – предпосылка для зависимого поведения

**Определение:** Расстройство в виде деструктивного поведения включено в новую международную классификацию болезней DSM-III-R  
Характеризуется поведением, включающим нарушение принятых в обществе норм.

Выделяется три подкласса: расстройство поведения, расстройство в виде гиперактивности с дефицитом внимания и расстройство поведения в виде непокорности и непослушания. Критерии для диагностики:

- украл что-нибудь без ведома жертвы и борьбы более чем один раз (включая подделку документов);
- часто лжет (кроме тех случаев, когда лгал для того, чтобы избежать физического или сексуального насилия);
- применил оружие более одного раза;
- часто является зачинщиком драк;
- украл что-либо после борьбы (например, схватив жертву за горло, выхватил кошелек; а также вымогательством или путем вооруженного ограбления).

**Гендерные особенности.** Расстройство поведения – частое нарушение в детстве и у подростков. Оно встречается у 9% мальчиков и 2% девочек до 18 лет. У мальчиков – чаще, соотношение колеблется между 4:1 и 12:1.



## Основные модели профилактики зависимостей

(Менделевич В.Д., 2003)

- Модель моральных принципов
- Модель запугивания\*
- Модель фактических знаний (когнитивная)
- Модель аффективного обучения
- Модель улучшения здоровья

### \* Варианты модели запугивания с учетом возраста аудитории

- Дети до 12-13 лет – акцент на страхе смерти,
- Подростки – на потери здоровья и риске нищеты,
- Молодежь 18-19 лет – на угрозе социальной несостоятельности, несоответствия возраста положению в обществе.

## **Национальные Стратегии Коррекции Зависимого Поведения**

(Менделевич В.Д., 2003)

- **США** – программа формирования **жизненных навыков** (ФЖН, LSI): развитие социальной и личной компетентности, выработка навыков самозащиты и предупреждения возникновения проблем, обучение навыкам эффективного общения, критического мышления, адекватной самооценки, навыков избегать ситуаций неоправданного риска.
- **Великобритания** – модель **самоусиления**: учат процессу принятия решений по следующим стадиям: оценка проблемы, взвешивание альтернатив, обдумывание решения, твердость в осуществлении принятого решения, несмотря на отрицательное мнение окружающих.
- **Германия** – формирование чувств **принадлежности к группе**: чувство юмора, внутренний самоконтроль и целеустремленность, важность взаимоотношений по крайней мере с 1-м из взрослых помимо родителей, привязанность к законам и нормам общества, школы, общины, семейным стандартам, поддерживающим здоровый образ жизни.
- **Польша** – выработка чувства **независимости и ответственности** в игровой манере: программа «Спасибо, нет!», умение болезненно отказаться от искушений, сформировать стойкость к предложениям попробовать наркотики. Программа под лозунгом «Отдай себя другим». Активисты движения – школьники, студенты, работающая молодежь. Программы запугивания не дали результата.

## **ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ**

1. Наркомания динамический процесс, а не стабильное состояние. Типичная хронология на уровне территории: **рост** в первые 3-4 года, **максимум** на 5-й, **спад** в последующие годы.
2. **Скорость развития и максимальные значения** наркомании в территории зависят от ее: **социальных, экономических и экологических характеристик**.
3. **Географическое разнообразие наркоманий** соответствует, а технологическому, промышленному и финансовому, а не административному делению территорий.

# **БИОСОЦИАЛЬНАЯ**

## **БЕЗОПАСНОСТЬ:**

### **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ**

**Талалаева**

**Галина Владленовна**

Д.м.н., проф., кафедра социологии и  
социальных технологий управления ГОУ  
ВПО «УГТУ-УПИ»

22.11.06

Г.В. Талалаева

198



Решаемая задача:  
**подготовка кадров с высоким  
уровнем**  
**надежности и отказоустойчивости**

- Высококвалифицированных
- Конкурентных на рынке труда
- Работоспособных при смене технологических цепочек
- Эффективных при внедрении новых технологий

➤ **Способных к самоорганизации**



# Надежность человека в стрессе определяют параметры его личности:

- ▲ Наличие жизненной цели
- ▲ Структура осознанных жизненных ценностей
- ▲ Иерархия неосознанных потребностей (мотиваций)

22.11.06

Г.В. Талаласва

200



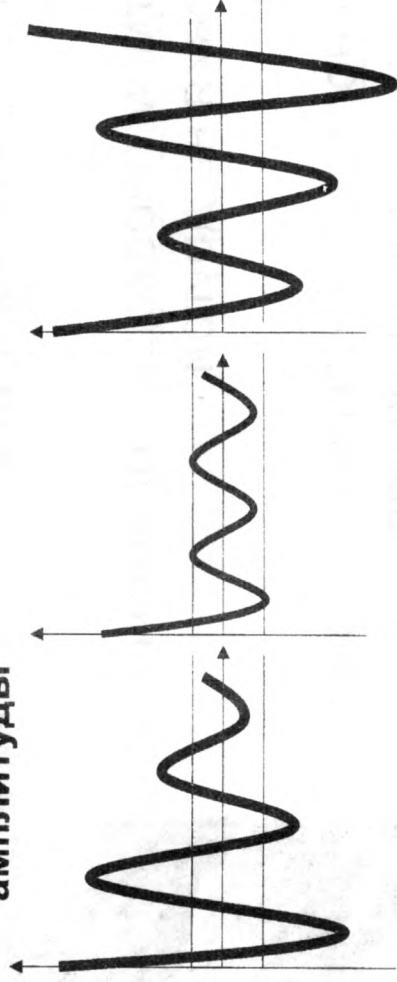
# Отказоустойчивость профессионала определяется инвариантностью его поведения:

1. Числом возможных стилей поведения
2. Алгоритмом перехода с одного стиля поведения на другой
3. Стабильностью работы в каждом из допустимых вариантов поведения



# Варианты адаптации в стрессе

1. Релаксация через затухающие колебания
2. Незатухающие колебания
3. Дестабилизация через осцилляции нарастающей амплитуды



22.11.06

Г.В. Талалаева

202





# Ритмика

## зависимого поведения

<u>Пространственный масштаб</u>	<u>Временной масштаб</u>
Страны и континенты	<b>30-35-летние</b> циклы
Субъекты федерации	<b>14- , 7-летние</b> циклы
Муниципальные образования	<b>3- и 5-летние</b> циклы

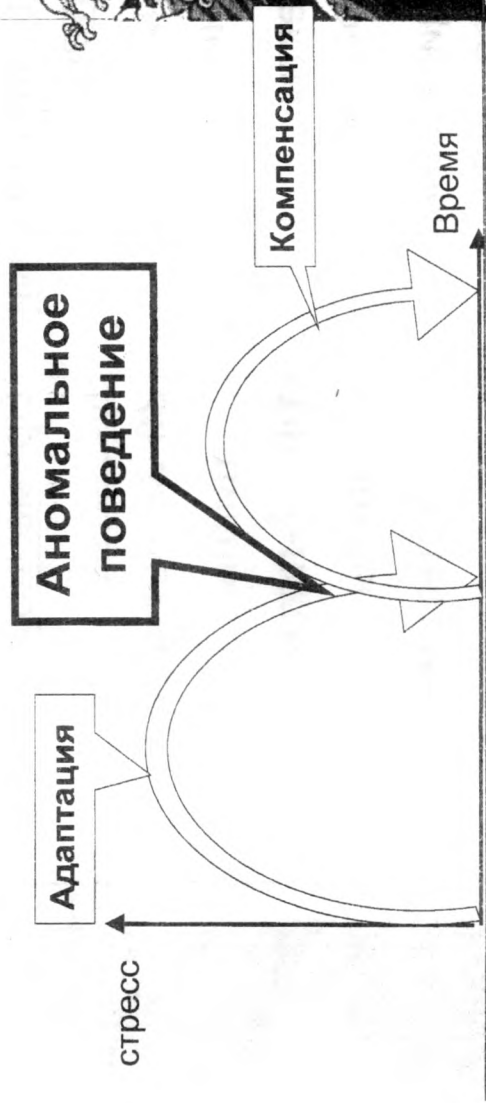
22.11.06

Г.В. Талалаева

203



# Кризис надежности при работе в стрессе



22.11.06

Г.В. Талалаева

204

# Формирование аномального поведения

- ▲ **Мотивации:** осознанные – неосознанные
- ▲ **Потребности:** базовые – высшие
- ▲ **Сбалансированность личности:**  
удовлетворенные – неудовлетворенные
- ▲ **Алгоритм удовлетворения потребностей**  
**пирамида потребностей А. Маслоу - УПИ**

в самоактуализации	10% – (1-80%)
в уважении	40%
в любви	50%      — (30-60%)
в безопасности	70%
физиологические	85%      — (30-95%)

# Отношение к стрессу

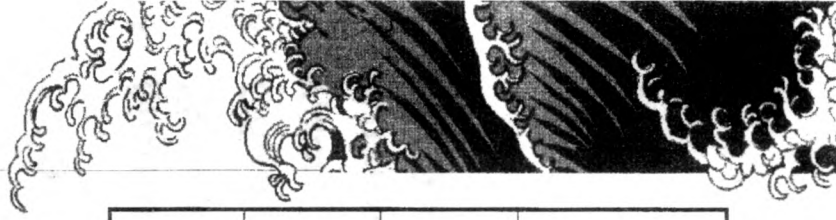
## студентов УГТУ-УПИ

<u>Типы общества</u>	<u>Основные лозунги</u>	<u>Доля ответивших</u>
Толерантности	Открой для себя мир	12,1%
Риска	Будь собой	25,8%
Надежности и стабильности	Сохрани себя и близких в меняющемся мире	57,6%

22.11.06

Г.В. Талалаева

206



# Восприятие информации

## студентами УГТУ-УПИ

- Связь между потребностями и эмоциями:  
**нейтральные** – с осмыслением бытия
- **негативные** – с безопасностью  
**позитивные** – с потребностью в любви
- Логический стиль восприятия информации  
связан с потребностью в безопасности,  
подобно негативным эмоциям
- Модели восприятия информации у 5 курса  
менее стабильны по сравнению с 1-м:  
11 вариантов против 5



# **Заключение**

▲ **ОПРЕДЕЛЕНИЕ:** Биосоциальная безопасность (БСБ) – способность быть эффективным и надежным работником в условиях стресса

▲ **ЦЕЛЬ КУРСА** – сформировать у студентов представление о БСБ как о необходимом условии их профессиональной деятельности

▲ **ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ КУРСА:** ритмы адаптации к стрессу, критические моменты при работе в условиях стресса, временные способы сохранения работоспособности в условиях стресса

22.11.06

Г.В. Талаласва

208



# **По окончанию курса студент должен уметь:**

1. Провести самотестирование на уровень устойчивости к стрессу
2. Составить для себя прогноз кратко- и среднесрочной перспективы БСБ
3. Спланировать схему восстановления личной БСБ

**Спасибо за внимание !**



# **ГЕОКУЛЬТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ**

## **НА СОВРЕМЕННОМ УРАЛЕ**

**© Талалаева Галина Владленовна,**  
профессор, доктор медицинских наук,  
ведущий научный сотрудник

Кафедра социальной антропологии и психологии УГТУ-УПИ  
Институт экологии растений и животных УрО РАН;

[gvstal@ipae.uran.ru](mailto:gvstal@ipae.uran.ru)

Региональная научно-практической конференция  
«Национальные культуры Урала: самобытность, история и перспективы  
взаимодействия», Екатеринбург, 24.05.2005 г.



## **ВВЕДЕНИЕ**

- **Быстро меняющиеся условия жизни** ускоряют процессы адаптации у жителей промышленных регионов.
- **Хронический антропогенный стресс** вызывает эпидемии болезней адаптации.
- **Маркерами болезней цивилизации** в настоящее время являются болезни системы кровообращения и зависимое поведение (наркомания).

## Этапы развития медицинской географии

- **XIX век:** предмет картографии - болезни, обусловленные образом жизни этносов и географией их расселения. Заболевания, связанные с дефицитом питания, особенностями климата, аномальным содержанием в почве и воде жизненно важных химических элементов.
- **XX век:** в 1-й половине предмет картографии - инфекционные и паразитарные заболевания, эпидемии которых имеют природно-очаговый и сезонный характер; во 2-й - заболевания, смертность от которых зависит от геомагнитных и гелиомагнитных факторов среды (суициды, депрессии, случаи внезапной сердечной смерти).
- **XXI век:** предмет картографии – болезни цивилизации, включая эффекты малых доз радиации, синдром дефицита внимания у детей, замедление полового созревания у подростков, социально-стрессовые и пограничные психические расстройства у взрослых; синдром хронической усталости и аддиктивное поведение (наркомания) в различных возрастных группах.

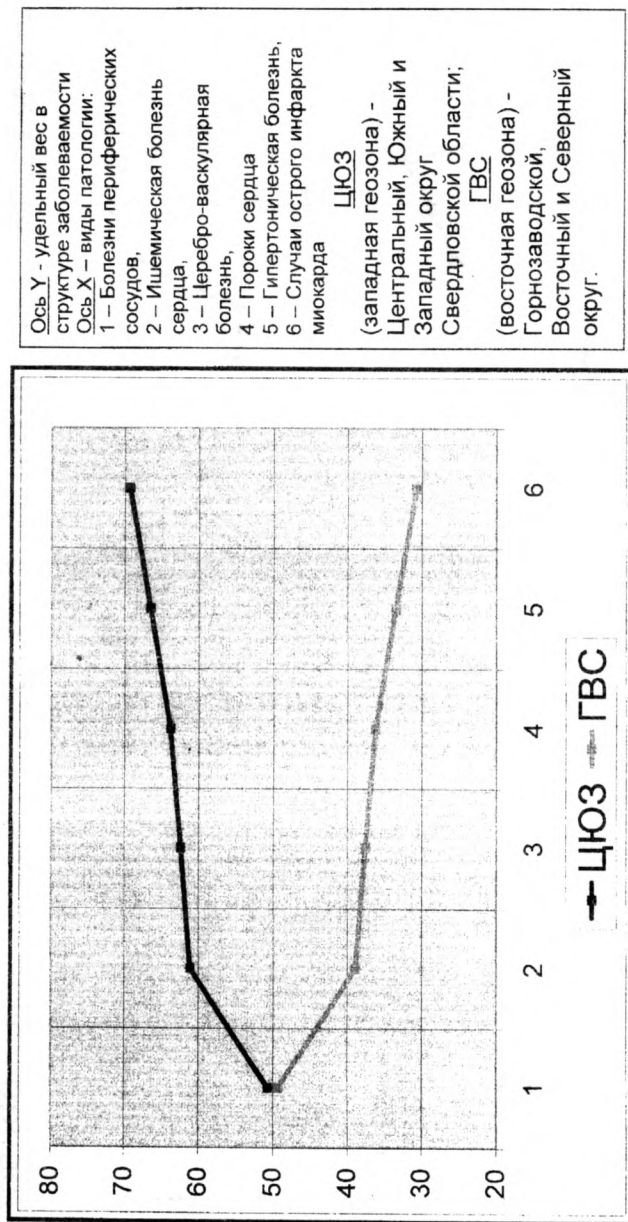
## **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ –**

На примере болезней кровообращения и  
зависимого поведения (наркомании)  
установить  
географические  
и временные  
закономерности распространения болезней  
адаптации у современных жителей Урала.

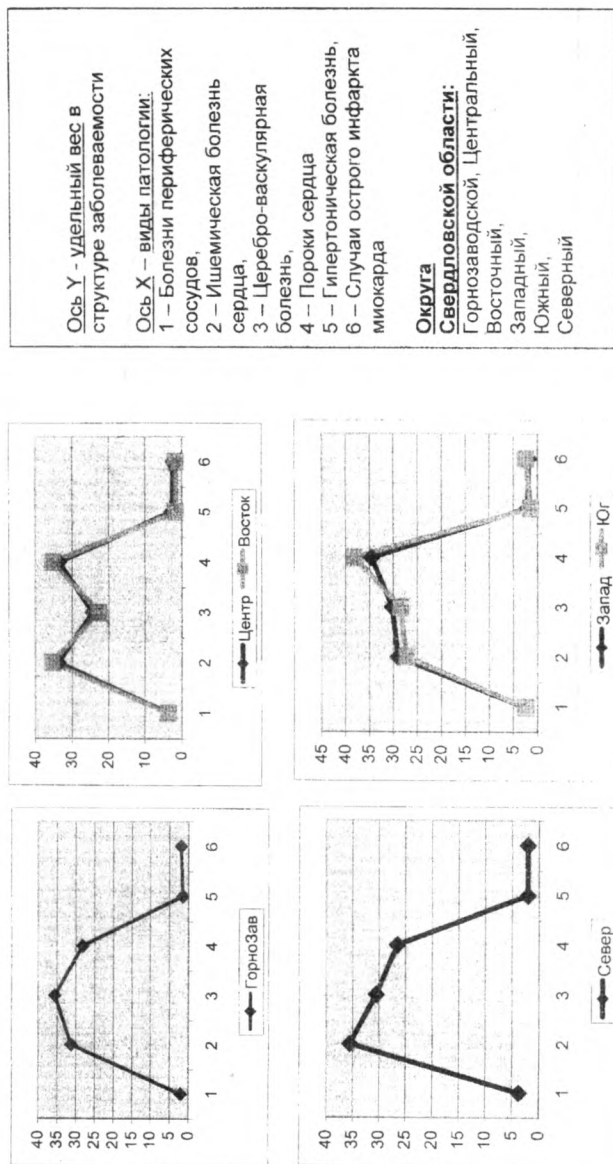
Основой для доклада являются публикации:

1. **Стамп Д. География жизни и смерти** / Пер. с англ. С.Л. Бляхера. М.: Изд-во «Прогресс», 1967. 160 с.
2. **Талалаева Г. В., Уткин В. И., Дитятев В. П. и др. Медико-экологические проблемы горных стран в старопромышленных районах** // Экологические проблемы горных территорий: Междунар. год гор на Сред. Урале: Материалы междунар. науч. конф., 18-20 июня 2002 г. Екатеринбург: Академкнига, 2002. С. 272-277.
3. **Спектор С. И., Талалаева Г.В., Штейн Ю.К. Наркомания с позиций доказательной медицины** // Госпитальный вестник. 2004. N 3 [4]. С.19-23.
4. **Информационно-психологическая и психотронная война** /Под ред. А.Е. Тараса. Мн.: Харвест, 2003. 432 с. (Библиотека практической психологии).
5. **Erich Goode. Drugs in American society.** Third Edition. McGraw-Hill Publishing Company. New York, 1989.

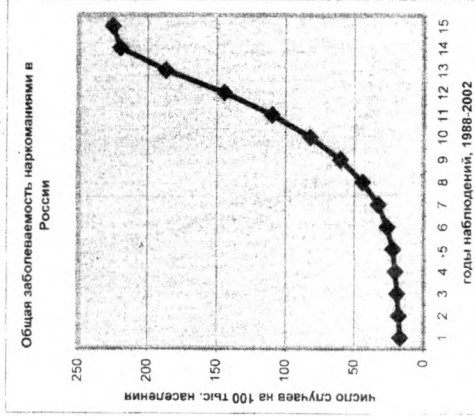
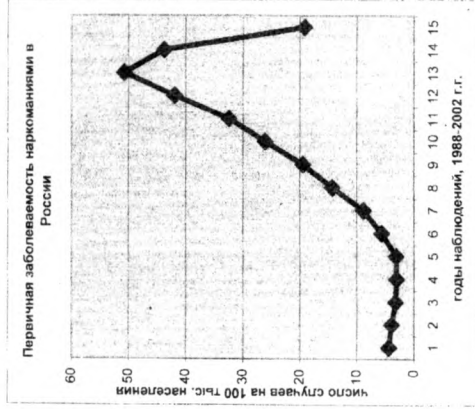
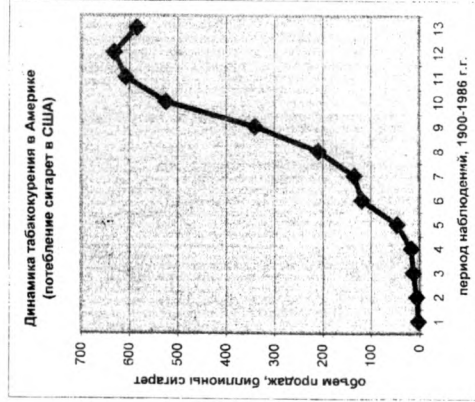
## Специфика заболеваемости уральцев в масштабах геозон Урала



## Особенности заболеваемости уральцев в масштабах административных округов Свердловской области

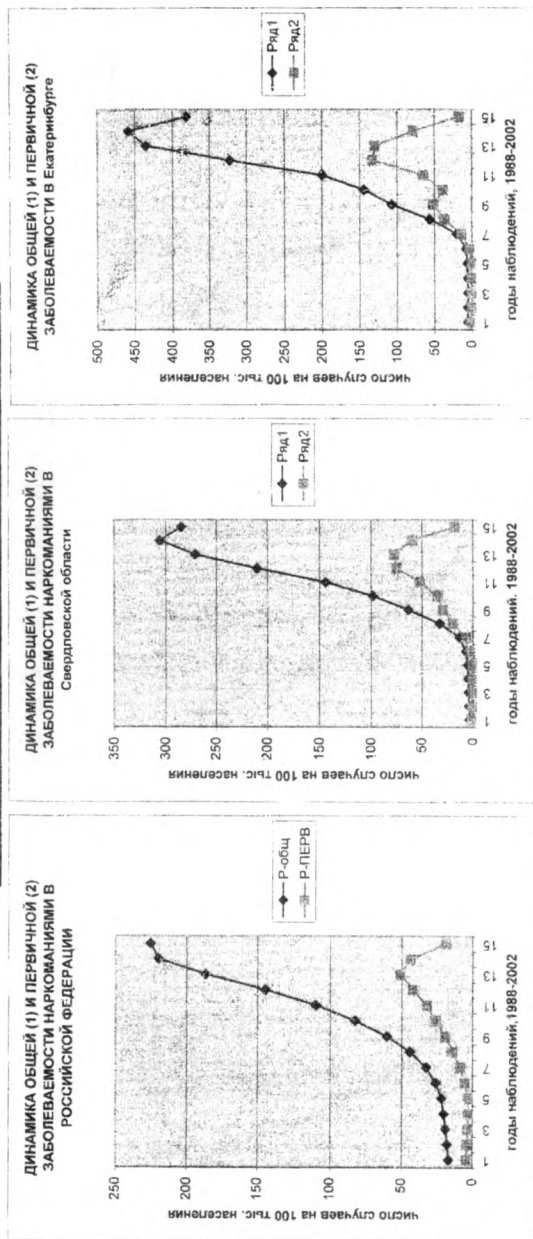


# ЗАВИСИМОЕ ПОВЕДЕНИЕ — функция времени



**Всплеск табакокурения, наркоманий отмечен после войн, внедрения информационных технологий, перестройки.**

## ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ



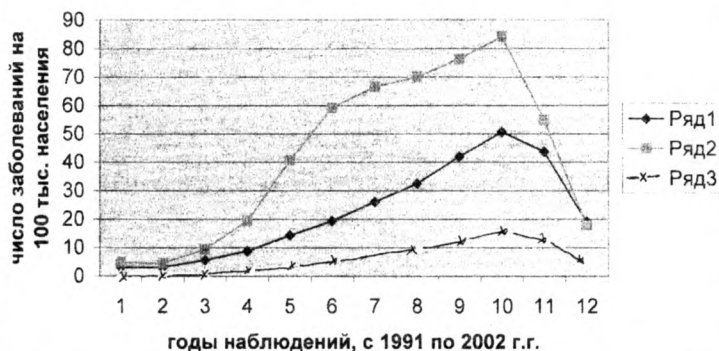
- Итого:**
- 1) рост наркомании во всех территориях начался в 1996 г.,
  - 2) достиг максимума в 2001г., то есть в течение 5 лет;
  - 3) в последующий год отмечена тенденция к снижению;
  - 4) кроме основного зафиксирован дополнительный ритм.



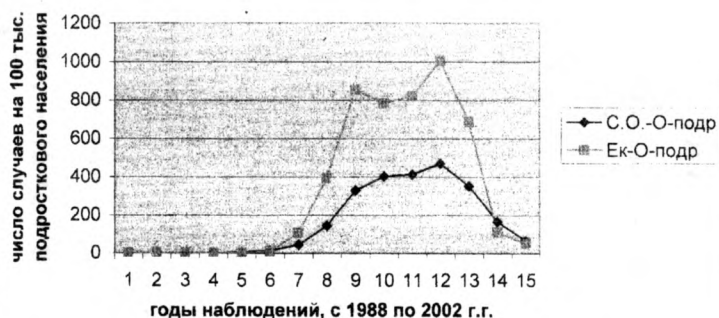
# ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ

## наркомании у детей и подростков

Динамика первичной заболеваемости  
наркоманиями в России  
(1- в целом, 2-дети, 3-женщины)



Общая заболеваемость наркоманиями среди подростков

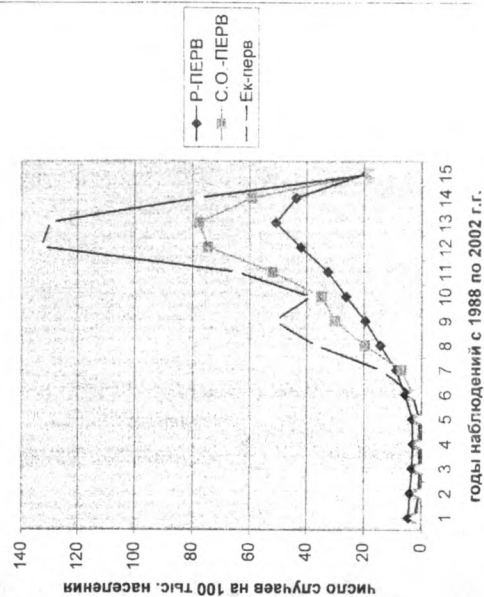


**Итог:** 1) для детей характерны более короткие циклы; 2) эта особенность более отчетлива в крупных городах.

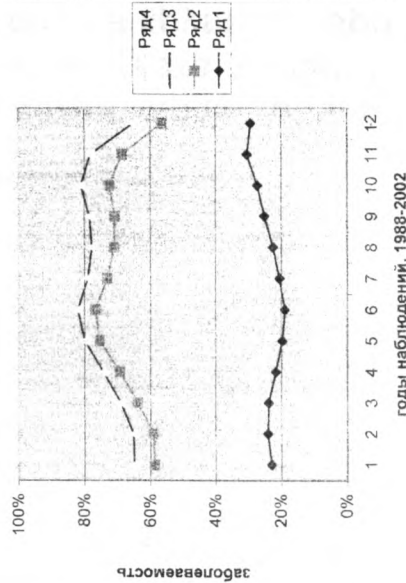
# СООТНОШЕНИЕ

между 3-х и 5-ти летними циклами наркомании

сравнение первичной заболеваемости  
наркоманиями жителей РФ

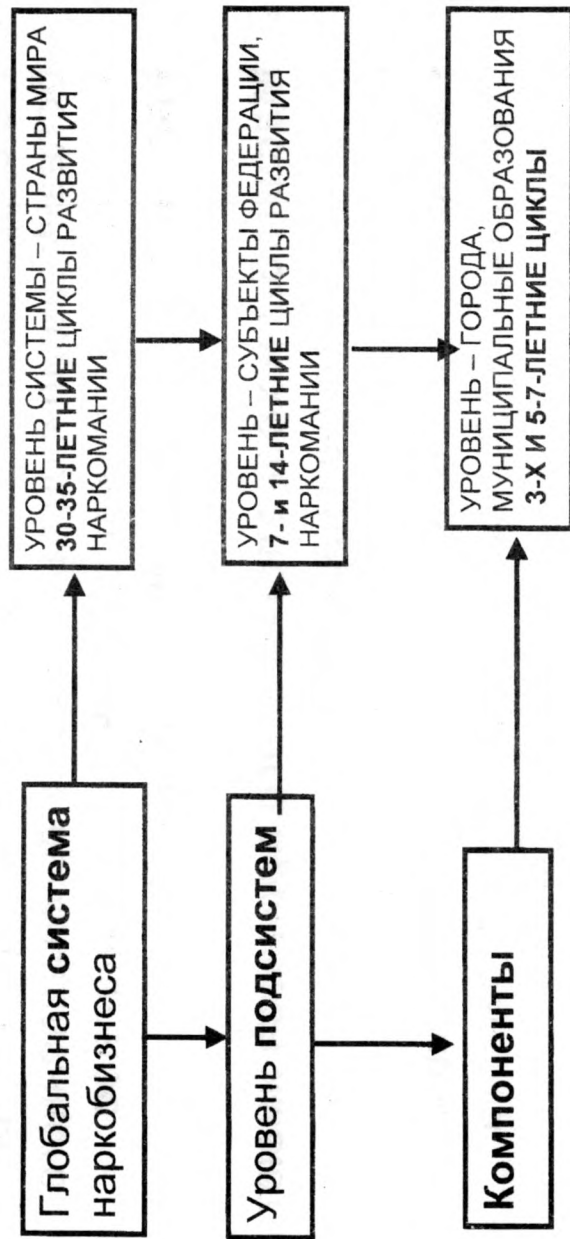


ДИНАМИКА НОРМИРОВАННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ  
ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РОССИИ (1.  
в целом, 2- женщин, 3- у детей, 4-эталон, лица,  
злоупотребляющие наркотиками без  
признаков зависимости)



**Итог:** короткие составляющие ярче проявляются в мегаполисах, в  
коhortах детей и женщин.

## СТРУКТУРА ЦИКЛОВ НАРКОМАНИИ В современном мире



## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

1. На современном этапе исторического развития болезни цивилизации у жителей промышленного Урала представляют собой **не стационарное явление, а динамический процесс**.
2. **Масштабы и хронология этого процесса имеют:**
  - географическую специфику,
  - социально-культурные особенности,
  - зависят от экономического уклада территории и
  - промышленно-технологической истории региона.

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**

# **ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТЬ СЕМЬИ – ЗАБОТА ПОКОЛЕНИЙ**

**Ю.Р.Вишневский**

**Б.С. Павлов**

**Г.В. Талалаева**

22.11.06

ГОУ ВПО УГТУ-УПИ, ИЗ и ИЗРИЖ Уро

РАН, 2006

225

# Динамика жизни россиян за 20 лет

<u>Типы общества</u>	<u>Основные лозунги</u>
Толерантности	Открой для себя мир
Риска	Будь собой
Надежности	Сохрани себя и близких в меняющемся мире

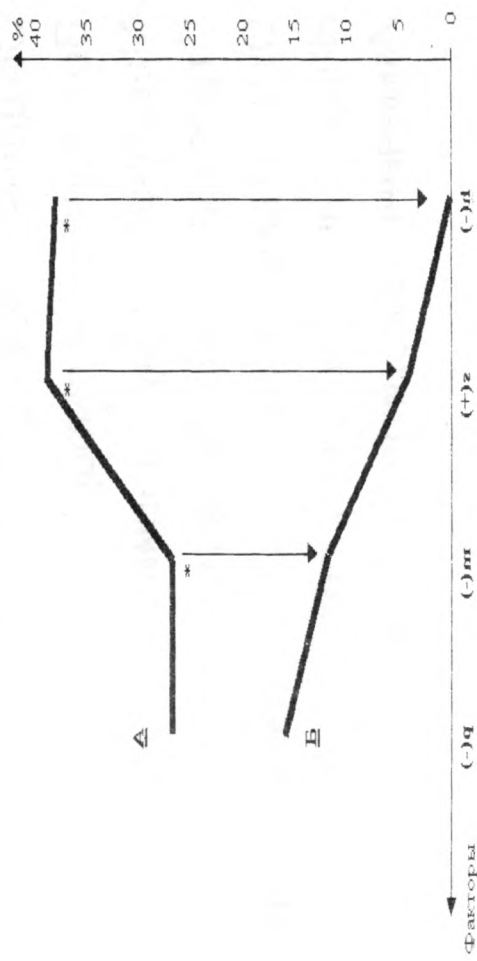
# **Свойства Современного Общества**

- - Общество свободы
- - Возможностей выбора
- - Массовой коммуникации
- - Стрессовых расстройств, аномалий адаптации
- - Отсутствия преемственности поколений
- - Нарушения гендерных ролей
- - Изменения института семьи



# Тренд Потребностей в Стрессе

(в духовных идеалах и социальных ролях, контактах, активности и любви)



22.11.06

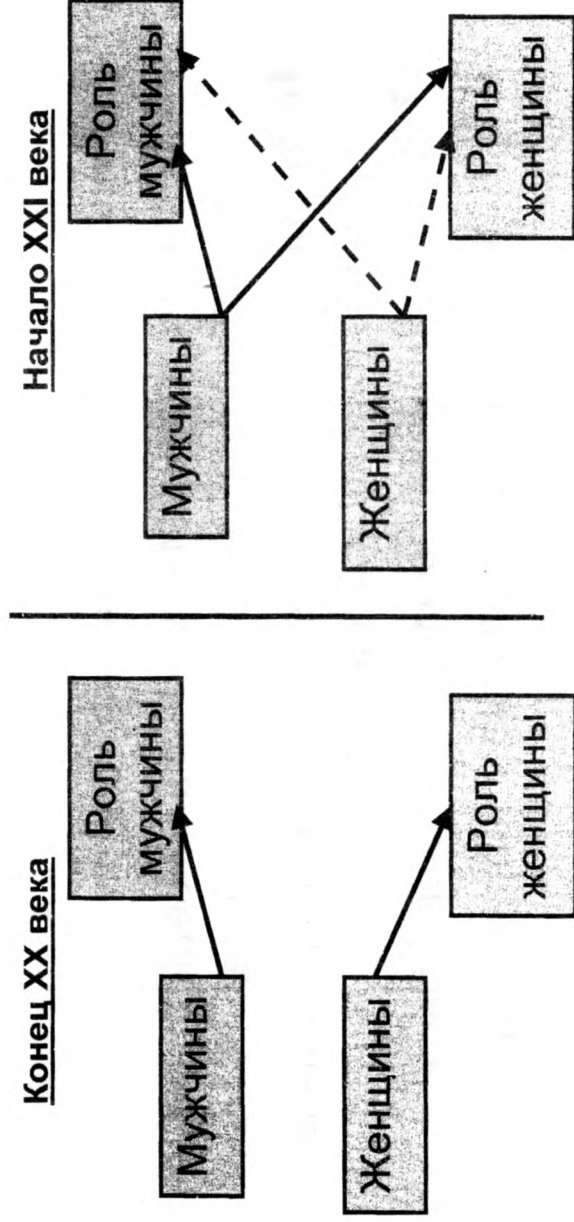
ГОУ ВПО УГТУ-УПИ, ИЗ и ИЗРИЖ УрО

РАН, 2006

226



# Глобальная Инверсия Гендерных ролей в современном мире



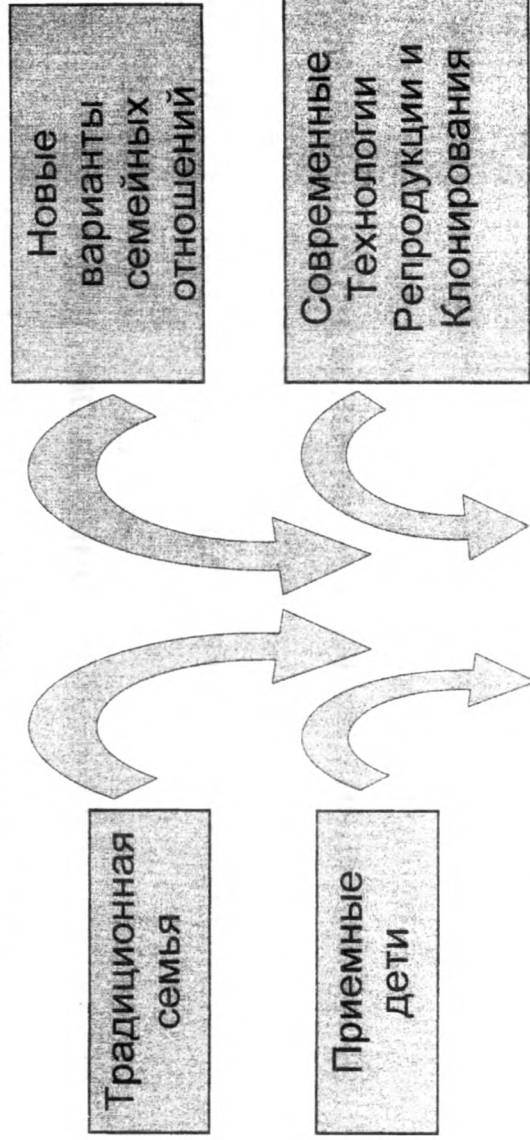
## **Семья глазами детей** **приютов и социальных сирот**

- **31%** - доверяют опыту педагогов
- **30 %** - хотят как в СМИ, боевиках и сериалах: богатый дом, много денег, «крутая тачка»
- **18 %** - верят только себе и своему опыту жизни (негативному и обширному)
- **17 %** - ограничивают семью понятием «быт»
- **4 %** - проявляют стремление к творчеству

# Значимые Близкие

- Круг значимых близких 3 - 22 человека
- Максимальное число одновременных значимых отношений - 17-18
- Длящиеся связи:  $2/3$  – родные,  $1/3$  – друзья; завершённые:  $1/7$  – родные,  $6/7$  – друзья
- Длительность общения: с самым значимым – 26 лет, с наименее значимым – 13 лет
- Главная роскошь – роскошь человеческого общения

# Каким Будет Будущее?



## Преемственность поколений?

# **Здоровьесберегающие технологии в УГТУ-УПИ**

Г.В. Талалаева

д.м.н., кафедра социологии и  
социальных технологий  
управления

11.11.2006 г. Екатеринбург, УГТУ

231

# Краткая характеристика

## УрФО

- Территория округа – 1 млн. 790 тыс. кв.км.
- Население округа – 12 млн. 902 тыс. чел.
- Состав округа:
- Свердловская, Челябинская, Курганская, Тюменская области, Ханты-мансийский автономный округ, Ямало-Ненецкий автономный округ.

# **ВИЧ-инфекция в Свердловской области**

- Зарегистрировано официально **28 тыс.** ВИЧ-инфицированных;
- Кумулятивный показатель **643,2** на 100 тыс. населения, что в **2,6** раза выше среднего по РФ;
- Мнение экспертов: в области **более 100 тыс. ВИЧ-инфицированных** человек.

## **Пути заражения (1990-2005 г.г.)**

- Внутривенное употребление наркотиков – 84%
- Гетеросексуальный контакт - 14%
- Вертикальный контакт – 0,8%
- Гомосексуальный контакт – 0,3%
- Внутрибольничное заражение – 0,01%
- Не установлен – 0,6%



# **Особенности эпидемического процесса**

- Увеличение роли гетеросексуального пути передачи инфекции: 8,6% в 2000 г., 35% в 2005 г.
- Увеличение доли ВИЧ-инфицированных женщин: 22,8% в 2000 г., 45% в 2005 г.
- Молодой возраст ВИЧ-инфицированных: 65,8% - в возрасте 20-29 лет

# Организация курсов профилактики ВИЧ

- Курсы проведены на базе ГОУ ВПО УГТУ-УПИ
- Состав преподавателей: 15 человек, в т.ч. 4 канд. наук, 1 докт. мед. наук
- Состав слушателей: 180 человек - представители Свердловской, Челябинской и Тюменской областей

# Категории слушателей

- **ВУЗы**: психологи, социальные педагоги, начальники отделов внеучебной работы;
- **ССУЗы**: педагоги-организаторы, воспитатели общежитий;
- **Школы**: социальные педагоги, учителя-предметники, зам. директоров по праву;
- **Отделы образования**: ведущие специалисты, методисты

# Отношение курсантов к теме

- 1-й вопрос: «Что конфликтного в организации системы первичной профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде?»
- 2-й вопрос: «Как оптимизировать программы первичной профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде?»

# Выявленные проблемы:

- Дефицит навыков коммуникативного общения;
- Стремление дистанцироваться от работы по профилактике ВИЧ/СПИДа;
- Негативная установка на публичное обсуждение проблемы ВИЧ/СПИДа в образовательной среде и на привлечение к этому педагогов.

# Итоги курсов

- Сформирована позитивная установка на работу по профилактике ВИЧ у большинства слушателей: 71% высоко оценили полученную информацию.
- Наибольший интерес вызвали три темы:
  - 1) эпидемиология ВИЧ\СПИДа,
  - 2) педагогические аспекты ЗОЖ,
  - 3) проблемы девиантного поведения.

## **Предложения по совершенствованию программы:**

- 1. Предусмотреть психокоррекционную работу со слушателями для проработки у них чувства тревоги по отношению к проблеме ВИЧ/СПИДа;
- 2. Дополнить информационный блок адресными учебно-методическими комплексами для работников ВУЗов, ССУЗов и отделов образования.

# Биология и Медицина XXI века

## Перспективы развития теоретической и прикладной биологии

Большаков В.Н., Талалаева Г.В.

Институт Экологии Растений И Животных

Уро РАН

[vladimir.bolshtakov@ipae.ucl.ac.uk](mailto:vladimir.bolshtakov@ipae.ucl.ac.uk)

[gu.talalaeva@ipae.ucl.ac.uk](mailto:gu.talalaeva@ipae.ucl.ac.uk)



# Эволюция понятия нормы в медицине XX века

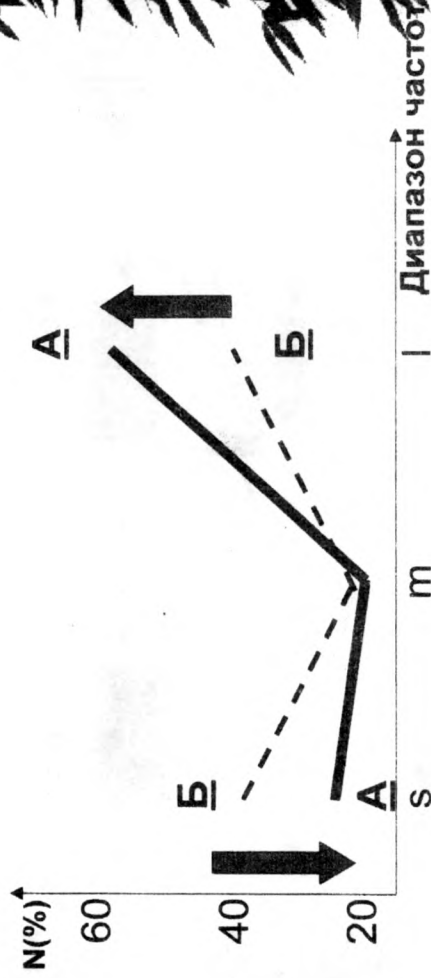
Параметры	Начало XX века	Середина XX века	Начало XXI века
Норма	Постоянство морфологии	Устойчивость функции	Пластичность регуляции
Гомеостаз	Сохранение констант	Согласован- ность фазных процессов	Реализация инвариантных состояний
Моделирование понятий	Линейные зависимости доза-эффект	Анализ волновых процессов	Изучение квантовых переходов
Направление Медицины	Химио- Терапия	Адаптология	Интегральная медицина

Н.В.Большаков, Г.В.Талалаева, ИЭРиЖ  
УРО РАН

# **Изменение Биоритмов При Хроническом Стрессе**

- \* Распад суточных на 4 –час. кванты;
- \* Инверсия 7-дневных;
- \* Образование стоячих волн;
- \* Трансформация волновых пакетов:
  - увеличение доли длинноволновых и
  - уменьшение доли коротковолновых составляющих,
  - появление феномена «частотных ножиц»

# «Частотные Ножницы» при Хроническом Стрессе

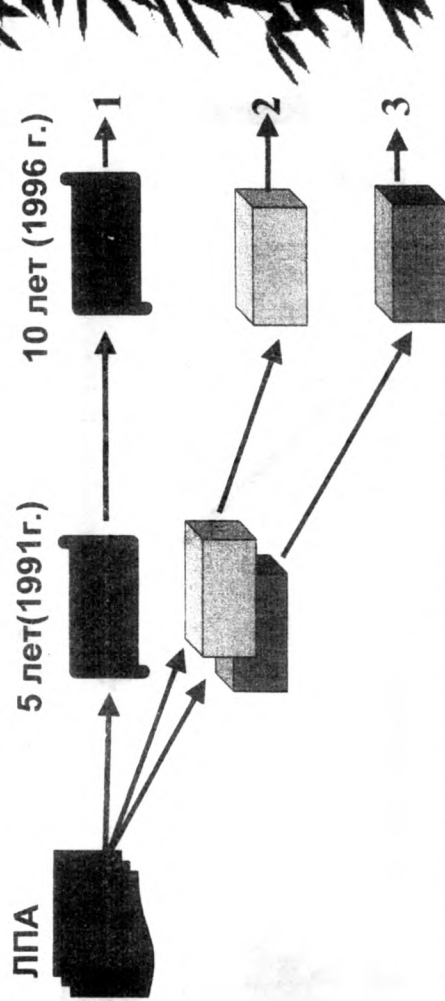


A — ЛПА на ЧАС, B — здоровые уральцы.

s, m, l — коротко-средне- и длинноволновые составляющие  
сердечного ритма

Г.В.Талалаева, ИЭРиЖ УрО РАН,  
gvta1@ipae.uran.ru

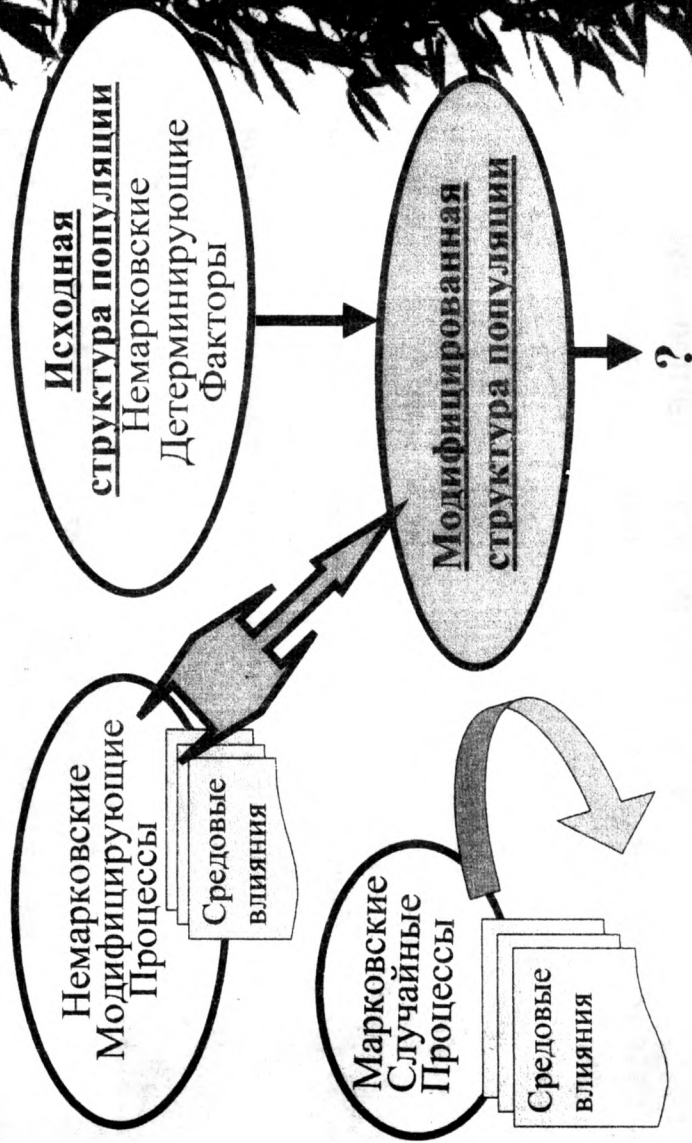
# Хронология разделения ЛПА на ЧАЗС по типам стратегий адаптации



- 1 – лица без сердечно-сосудистых заболеваний (33,2% от общего числа наблюдаемых);
- 2 – лица с диагнозом ИБС (22,7% от числа наблюдаемых): признаки умеренного снижения физической работоспособности, сохранность социальных контактов;
- 3 – лица с диагнозом НИЦД (44,1%): достоверное снижение физической работоспособности, сужение социальных контактов, учащение случаев ранней смерти.

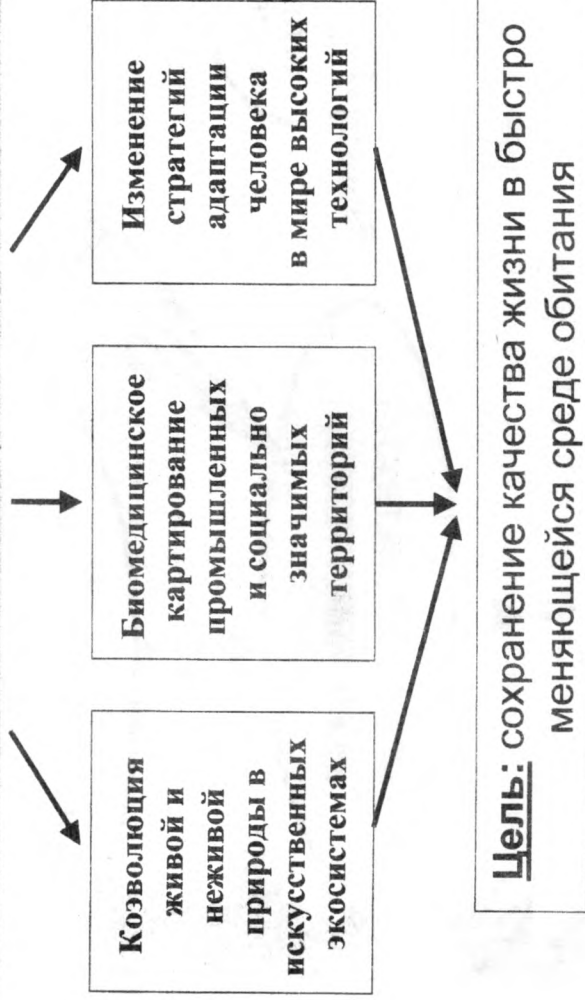
В.Н.Большаков, Г.В.Талаева, ИЭРиЖ  
УРО РАН 246

# Образование техногенной популяции



Г.В. Талалаева, ИЭРИЖ УрО РАН,  
gvstal@ipae.uran.ru

# Приоритеты Взаимодействия Биологии, Медицины и Техники в XXI веке



В.Н.Большаков, Г.В.Талалаева, ИЭРиЖ  
УрО РН 248

# Ключевые Темы Курса

## «Экологическая Эпидемиология»

1. Варианты болезней цивилизации: экологические и социально значимые заболевания.
2. Хронический стресс: детерминированные и вероятностные эффекты.
3. Геоэкологические и психологические модели адаптации человека.
4. Мониторинг деструктивного самосохранительного поведения людей – задачи многомерной биометрии.
5. Адаптивные портреты жителей промышленных территорий.
6. Моделирование программ адаптации человека.

# Наука И Практика

Роль Академической науки в развитии Интегральной медицины

В области ТЕОРИИ

**РАЗРАБОТКА МЕТОДОЛОГИИ**  
медико-биологических исследований  
на современном этапе

В области ПРАКТИКИ

**СОЗДАНИЕ ЕДИНОГО**  
информационного пространства  
для взаимодействия специалистов  
медико-биологического профиля

**ПОЗНАНИЕ  
ЗАКОНОВ**

адаптации человека к  
быстро меняющейся среде обитания

**ПОДГОТОВКА**  
специалистов в области  
**ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ**  
**ЭПИДЕМИОЛОГИИ**

В.Н.Большаков, Г.В.Галалаева, ИЗРИЖ  
УРО РАН 250





Отпечатано в типографии  
ООО «Издательство УМЦ УПИ»  
620002, Екатеринбург, ул. Мира, 17, оф. С-123  
Заказ **1721** Тираж **300** экз.